

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N^o 228

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Jean LELOURDY

Né à PLANCHER-BAS (Haute-Saône) le 25 février 1903

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Sur quelques débuts insolites du cancer des côlons

Président de thèse : M. le Professeur TEISSIER

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1931

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
N.....	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.

MM.

LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MILLOT.....	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphillographie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL....	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

LEROUX Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique obstétricale
LAIGNE! LAVASTINE. . .	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVÉ-SOLAL . .	Clinique obstétricale
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE TEISSIER
Professeur de Clinique des Maladies Infectieuses
à la Faculté de Médecine de Paris ;
Membre de l'Académie de Médecine ;
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui m'a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de ma
thèse. En reconnaissance pour l'an-
née d'internat passée dans son ser-
vice, en gage d'admiration et de res-
pectueux attachement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAURICE CHIRAY
Médecin de l'Hôpital La Rochefoucauld.

Qui m'a fourni l'objet de ce travail, et fut toujours un guide bienveillant et précieux.

Hommage de gratitude et de respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUY LAROCHE.
Médecin de l'Hôpital Tenon.

*Qui m'a guidé avec bienveillance
au cours de ma première année d'in-
ternat. En assurance de mon entier
dévouement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

*Dont la bienveillante sollicitude
ne s'est jamais démentie; avec l'ex-
pression de mon admiration et de
ma reconnaissance.*

A MES PARENTS

*En témoignage de ma profonde af-
fection.*

A MES AMIS

A MON PREMIER MAÎTRE EN MÉDECINE

MONSIEUR LE DOCTEUR LEDOUX

Directeur de l'Ecole de Médecine de Besançon.

En témoignage de respectueux attachement.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS :

Stage :

- M. le Professeur BEZANÇON (1923) ;
- M. le Docteur BAUMGARTNER (1923) ;
- M. le Professeur Agrégé MACAIGNE (1924).

Externat :

- M. le Professeur GRÉGOIRE (1925) ;
- M. le Professeur Agrégé MACAIGNE (1926).

Internat :

- M. le Professeur Agrégé Guy LAROCHE (1927) ;
- M. le Professeur TESSIER (1928) ;
- M. le Professeur Agrégé CHIRAY (1929) ;
- M. le Docteur BABONNEIX (1930).

SUR QUELQUES DÉBUTS INSOLITES DU CANCER DES COLONS

INTRODUCTION

Lorsque le cancer des côlons se révèle par un accident occlusif, quand il commence son évolution par les signes habituellement décrits dans les traités, le diagnostic en est grandement facilité. Mais, entre la forme rigoureusement latente et les variétés précédentes, existe toute une gamme d'accidents et d'incidents d'apparence trompeuse, et dont la valeur révélatrice pour cette raison mérite d'être minutieusement analysée. Dans un autre ordre d'idées, on décrit d'habitude des types schématiques, différents d'après le siège de la tumeur sur le cadre colique. On oppose ainsi les tendances évolutives du néoplasme des côlons droit et gauche.

Classiquement les complications infectieuses sont plutôt l'apanage des formes végétantes du cancer du cæco ascendant ; les accidents mécaniques seraient

plus caractéristiques des squirrhés peu envahissants du descendant et de l'anse sigmoïde.

Si on laisse volontairement de côté les tumeurs malignes ano-rectales d'une symptomatologie si spéciale, on se rend vite compte que les tableaux classiques, les variétés nettement délimitées par les classifications précédentes ne répondent pas à la majorité des faits observés dans la pratique courante. Dans nos années d'internat, grâce à la sollicitude de notre maître, M. Chiray, grâce aussi à la bienveillante attention de M. Fiessinger, il nous fut donné à plusieurs reprises de trouver en défaut les cadres symptomatiques que l'on fixe classiquement au cancer du côlon. Cette constatation *a priori* ne comporte pas une originalité spéciale. Toutefois, les faits que nous avons observés — et nous nous en tiendrons à leur étude — suggèrent une série d'observations qui mettent en garde contre le caractère souvent trop strict des classifications anatomo-cliniques courantes. Il nous a semblé important de revenir une fois encore sur le polymorphisme du cancer des côlons en raison de l'intérêt du diagnostic précoce de ces néoplasmes essentiellement chirurgicaux.

Par l'exposé des faits qu'il nous fut donné d'étudier, par leur confrontation avec les observations similaires retrouvées dans la littérature, au risque de paraître embrouiller le problème clinique, nous verrons qu'il faut émettre des réserves expresses sur la fréquence des tableaux cliniques et des classifications habituelles. Le clinicien, nous semble-t-il, doit juger

en dehors de tout esprit de système, noter plus objectivement les symptômes, ne pas s'attendre constamment à un syndrome absolument complet. En présence d'un quelconque des signes intestinaux ou généraux dont nous allons passer une brève revue analytique, l'observateur doit mettre tout en œuvre pour le rattacher à la cause initiale. Certains de ces signes sont trompeurs; leur filiation n'en est pas toujours facile à établir, surtout si l'on cherche à les faire entrer dans le cadre d'un syndrome qui n'existe pas, au lieu de les noter tout simplement comme une manifestation anormale. L'étude radiologique, nous le verrons, est susceptible de rendre les plus grands services, à condition d'en faire une application judicieuse. Dans quelques cas cependant, elle peut ne pas être applicable.

SYMPTOMES CLASSIQUES

DU DÉBUT

Une brève revue analytique et critique des signes classiques de début du cancer des côlons permet de préciser la valeur relative de ces divers symptômes. A part les douleurs inconstantes et d'ailleurs rarement caractéristiques, à part aussi l'atteinte de l'état général, les symptômes intestinaux sont les plus importants, mais aussi s'opposent en apparence : la constipation, la diarrhée. Cette simple constatation met en lumière toute l'importance clinique des *conditions d'apparition*.

La constipation n'a d'intérêt qu'autant qu'elle survient inopinément chez un sujet dont les selles étaient régulières auparavant.

La diarrhée n'est surtout révélatrice que lorsqu'elle survient chez un malade constipé habituel.

Mais, en dehors de cette notion fondamentale, certains caractères de ces deux grands symptômes méritent d'être soulignés pour mettre en évidence tout

l'intérêt des formes de début atypique que nous voulons étudier.

La *constipation* révélatrice du cancer colique n'a rien de bien caractéristique en soi. Les faits où l'on note des selles déformées sont rares et dans nombre de cas méritent d'être interprétés. Si l'aspect rubanné attire impérieusement l'attention sur la possibilité d'un obstacle colique bas situé, les selles ovilées, même comme élément consécutif de la fausse diarrhée classique, perdent beaucoup en signification lorsqu'elles sont notées chez un sujet dont le passé colitique est chargé. Il en est de même pour les glaires et le mucus : tout leur intérêt pour le diagnostic est de survenir chez des sujets n'ayant aucun antécédent intestinal pathologique.

La présence de sang, par contre, est beaucoup plus suspecte : sans vouloir reprendre les descriptions bien classiques du mœlena, ni souligner à nouveau tout l'intérêt qu'il y a à préciser cette issue de sang et ses divers aspects, les données séméiologiques élémentaires sont cependant parfois négligées au point de déterminer des erreurs fâcheuses.

Quant à la constipation en elle-même, si l'on s'en rapporte aux ouvrages classiques, on s'aperçoit vite du polymorphisme de ses aspects. Tantôt elle est d'une indolence absolue et seule l'atteinte générale attire l'attention. Tantôt elle est irrégulière, souvent douloureuse alors, entrecoupée de crises de diarrhée vraie ou fausse, associée à des signes plus ou moins manifestes de subocclusion.

Ces crises de subocclusion sont, lorsqu'elles existent, très souvent révélatrices : la douleur en barre qui part ou non d'un point précis, toujours le même, le météorisme plus ou moins marqué, les débâcles de matières abondantes et molles accompagnées de gaz, constituent le syndrome de Kœnig dont l'intérêt essentiel pour le diagnostic n'est plus à souligner.

Dans nombre de cas cependant, soit que le syndrome soit plus fruste, soit que la corpulence du malade en masque certains signes physiques, le tableau peut être difficile à reconnaître. Tout se borne alors dans la pratique à une constipation douloureuse par intermittences qui, en l'absence des précisions classiques, en impose pour une crise de colite ou pour une stase intestinale banale.

Nous n'insisterons pas sur le siège des douleurs localisées que l'on peut noter. Si elles font partie des tableaux classiques de description, elles sont le plus souvent d'une interprétation très délicate. Leur fréquence au niveau de la région cæcale est véritablement trop grande pour qu'on puisse leur reconnaître une valeur localisatrice. Depuis Bouveret, cette douleur cæcale doit être considérée comme un symptôme banal toutes les fois où il existe de la stase intestinale, quelle qu'en soit la cause.

Nous avons vu plus haut la valeur que l'on doit attribuer aux hémorragies. Un petit point de détail nous paraît toutefois intéressant à préciser. Chez certains malades des hémorragies parfois abondantes ou répétées déterminent de l'anémie, les bourrelets hé-

morroïdaires qui en sont la cause conditionnent un certain degré de rectite (Bensaude), ce qui peut réaliser avec quelques signes hépatiques un tableau clinique éminemment trompeur.

Il est une série de faits où l'interprétation du trouble de transit est extrêmement délicate. C'est lorsque le cancer se développe chez un sujet porteur d'un mégacôlon. Récemment Lefèvre et de Jonchère ont bien souligné ce point de détail. Certains travaux récents, par ailleurs, permettent de comprendre toute la complexité du problème clinique. La possibilité de coexistence de périviscérite et d'hémorragie digestive dans les dolichocôlons et les mégacôlons (Chiray et Amy), le teint souvent bistré de ces malades, leur asthénie, leur hépatomégalie fréquente constituent, on le conçoit, un tableau impressionnant de faux cancer.

La discussion de cette constipation, bien que limitée au cadre du cancer colique, risquerait d'être fastidieuse. Mais, même simplement esquissée, elle fait toucher du doigt tout ce qu'il y a de schématique et peut-être d'un peu conventionnel dans les descriptions classiques.

Quant à la *diarrhée*, on ne saurait assez répéter que sa constatation ne doit pas faire écarter de l'esprit la possibilité d'un obstacle du transit colique. Lorsqu'elle survient chez un sujet dont les selles étaient habituellement normales et chez lequel on ne retrouve aucune infestation parasitaire, elle doit faire rechercher le néoplasme. Cette notion pourtant bien

classique ne semble pourtant pas admise en pratique courante. On en connaît cependant la fréquence au cours de tous les cancers digestifs, qu'ils soient gastriques ou coliques.

Son interprétation peut parfois en être délicate : lorsque le malade a dans ses antécédents des troubles colitiques plus ou moins caractérisés. A plusieurs reprises, A. Cain ⁽¹⁾ a bien insisté, en particulier, sur les liens de parenté clinique et étiologique entre amibiase et cancer. Ces éventualités sont spécialement délicates. Chez un de nos malades salonicien, dont nous rapportons plus loin l'observation, au chapitre des formes anémiques, ses troubles intestinaux firent répéter à plusieurs reprises les recherches de parasites. Lorsqu'on sait avec quelle circonspection il faut apprécier les résultats négatifs des recherches parasitologiques, on conçoit la nécessité d'une étude complète de l'appareil digestif, en particulier par la radiologie.

Mais tout d'abord, dans nombre de cas, il convient de préciser s'il ne s'agit pas d'une fausse diarrhée. Il est bien évident que cette fausse diarrhée, si fréquente dans la terminaison du syndrome de Kœnig, a une signification beaucoup plus précise pour le diagnostic d'obstacle colique. Nous avons vu, à propos de la constipation, les réserves qu'il fallait faire chez les malades au passé colitique chargé.

(1) CAIN : Les formes dysentériques du cancer recto-sigmoïdien. *La Médecine*, juillet 1926; *J. Méd. Français*, février 1929.

Quant à la diarrhée vraie, on peut la voir survenir, elle aussi, à la terminaison de ce même syndrome d'occlusion intermittente. Mais, d'autres fois, elle est d'une interprétation beaucoup plus délicate ; c'est lorsqu'elle constitue à elle seule tout le tableau clinique. Le malade est alors un diarrhéique, sans plus. Dans nombre de cas, toutefois, l'atteinte de l'état général, un certain météorisme anormal chez un sujet où l'on s'attend à trouver un ventre rétracté, peuvent déjà faire soupçonner la tumeur colique. En cas d'hémorragie ou de mœlena, cette orientation est beaucoup plus facile. Mais, même dans le cas où ce tableau est assez fruste, l'étude des antécédents du malade apporte le plus souvent des renseignements d'un intérêt essentiel. Chez nos malades, lorsqu'on a l'attention attirée sur le fait que la diarrhée ne doit pas faire écarter la possibilité d'un obstacle, on retrouve presque toujours, à des échéances variables, des incidents qui rappellent le syndrome de Kœnig. C'est moins la recherche de ces antécédents, que l'orientation nécessaire dans le sens de l'obstacle colique, qui est essentielle pour le diagnostic.

Un tel tableau clinique répond-il à une localisation ou à une complication spéciale ? Nous ne le croyons pas. Classiquement, cette forme diarrhéique est plutôt l'apanage des néoplasmes du côlon droit, mais dans une thèse récente où l'auteur situe très justement l'angle pratique du problème clinique, P. Hé-

mon ⁽¹⁾ signale un cas de tumeur du sigmoïde, et cette exception ne nous paraît pas rare.

S'il y a invagination sur la tumeur, c'est que le tableau est un peu caractéristique, Gueullette ⁽²⁾, Boppe ⁽³⁾, du point de vue théorique, Cain et Chêne ⁽⁴⁾, Hémon, du point de vue pratique, ont étudié les divers aspects de la question tout en rapportant un certain nombre de faits. Si la discussion de ces éléments du syndrome « subocclusion et diarrhée » entraînerait trop loin, il nous faut cependant souligner la nécessité qu'il y a pour le médecin à juger plus objectivement, à ne pas écarter en cas de diarrhée la possibilité d'une gêne mécanique du transit colique. Il ne faut pas se contenter des diagnostics trop faciles de colites, d'entéro-colites. Certes, l'orientation n'est pas toujours facile, les examens sont très souvent négatifs, les explorations gênées par l'intensité de la diarrhée. Gueullette schématise un peu artificiellement les aspects radiologiques qui, d'après lui, emporteraient le diagnostic d'invagination. Sa description ressemble en cela au tableau classique. Elle ne tient guère compte des réalités pratiques : le lavement opaque, si indispensable pour la délimitation de l'obstacle, est en effet souvent gêné par le flux diarrhéique.

(1) P. HÉMON : Sur l'Association Diarrhée et Subocclusion dans certains états abdominaux aigus. *Thèse*, Paris, 1930.

(2) GUEULLETTE : De l'Invagination intestinale. Ses formes cliniques chez l'adulte. *Thèse*, Paris, 1925.

(3) BOPPE : *Annales d'Anatomie Pathol.*, nov. 1928.

(4) CAIN et CHÈNE : Invaginations intestinales subaiguës et chroniques de l'Adulte. *Gaz. Méd. de France*, 15, III, 1930.

Nous avons vu au passage que l'analyse des antécédents est, en cas de diarrhée, d'un intérêt essentiel. L'existence de douleurs, bien qu'assez rare, peut rendre quelques services. En dehors du fait qu'elles sont un élément du syndrome de Kœnig, il ne faut guère attribuer de valeur à leur siège : il n'est pas toujours fixe, peut même réaliser un aspect trompeur, pseudo-appendiculaire par exemple.

Si la constatation d'une tumeur peut apporter un élément de quasi certitude lorsque la symptomatologie fonctionnelle est suffisamment nette, au contraire si le tableau est fruste, si le cancer colique reste presque latent, la tumeur palpée présente rarement des caractères assez tranchés pour ne pas laisser place à des confusions. Dans le service de notre maître, M. Chiray, seule la radiologie permet de rattacher à un rein une tumeur qui semblait nettement colique. Gilford et Démons ont signalé eux aussi un cas où le diagnostic avait été très délicat avec un rein mobile. Les tumeurs du transverse, en raison de leur mobilité qui persiste très longtemps, peuvent être prises pour une tumeur pylorique de la grande courbure de l'estomac ou du mésentère.

En dehors de ces signes fonctionnels, dont l'interprétation n'est pas toujours aisée, l'atteinte de l'état général peut constituer tout le tableau clinique. Nombre de cancers digestifs, coliques en particulier, sont longtemps latents dans leurs manifestations locales, et ne peuvent être soupçonnés qu'à la suite

d'explorations systématiques commandées par l'atteinte générale qu'ils déterminent. Les faits de ce genre ne sont pas rares, mais certains méritent une étude particulière, telles les formes anémiques ou infectieuses que nous allons étudier à la lueur de faits personnels.

I. — LA FORME ANÉMIQUE,

Les formes anémiques des cancers digestifs sont connues depuis longtemps, et cependant encore actuellement leur diagnostic n'est souvent posé que très tard au cours de l'évolution morbide.

Cliniquement elles s'opposent essentiellement à l'anémie que l'on observe parfois à la période toute terminale, cachectique de cancers aux signes locaux par ailleurs manifestes. Ici, l'anémie est apparemment primitive, elle précède de longtemps les autres symptômes et pendant une longue période de latence locale, elle représente le seul symptôme de l'affection.

Hayem, le premier, décrivit la forme anémique du cancer de l'estomac. Cependant, cette forme n'est pas particulière au cancer gastrique, et ultérieurement diverses publications montrèrent l'existence de formes anémiques du cancer des côlons.

Nous en rapporterons quelques exemples, parmi lesquels une observation inédite recueillie dans le service du Docteur Noël Fiessinger.

A) Très souvent l'anémie est le seul symptôme fonctionnel. On ne peut retenir dans l'histoire de ces malades aucun trouble digestif. Il en était ainsi dans les deux observations suivantes :

OBSERVATION 1 (Résumé):

Cancer latent du cæcum à forme anémique ⁽¹⁾.

Un homme âgé de 56 ans entre le 13 septembre 1907 à l'hôpital Necker pour de la faiblesse générale avec anémie marquée et une douleur sourde et intermittente au niveau du flanc droit. Ce malade, syphilitique et alcoolique, ne présentait aucun antécédent digestif marquant.

C'est en août 1906, 13 mois avant son entrée à l'hôpital, que surviennent : amaigrissement, faiblesse, anémie prononcée avec décoloration des téguments. *Pas de troubles gastro-intestinaux.*

Ce n'est qu'en septembre 1908 que pour la première fois il a une diarrhée abondante qui motive son hospitalisation. En dehors de l'anémie intense, existe une douleur sourde du flanc droit. La palpation ne révèle à ce niveau aucune tuméfaction suspecte. La diarrhée est abondante, liquide, non sanglante.

Plusieurs examens de sang donnent les chiffres moyens suivants :

G. R. : de 2.250.000 à 1.575.000.

G. B. : de 10.000 à 8.000.

Hémoglobine : de 35 à 15 %.

Polynucléaires neutrophiles : 72 %.

Polynucléaires eosinophiles : de 1,3 à 0,25 %.

Mastzellen : de 0,4 à 1 %.

Grands mono. : de 8,1 à 12 %.

(1) LEREBoullet et TIXIER : *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 mars 1908.

Lymphocytes : de 3,2 à 2 %.

Hématies nucléées : de 0 à 3 %.

Déformation des hématies : très léger degré de polychromatophilie.

La mort survient le 14 octobre 1907.

A l'autopsie : Le tube digestif examiné et palpé dans toute son étendue ne semble le siège d'aucune tumeur; il n'y a pas trace de réaction péritonéale localisée. Un volumineux ganglion cancéreux est trouvé au devant de la colonne lombaire.

A l'ouverture de l'intestin, on découvre un cancer non adhérent, enfoui sous une masse de graisse. Les tuniques sont infiltrées, irrégulières, un peu dures, sur une étendue de 15 cms. La muqueuse a par place proliféré sous forme de petits bourgeons. Par place on note des ulcérations de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

L'examen histologique de la tumeur montre un envahissement par des cellules cancéreuses groupées sous forme de boyaux épithéliaux pleins, soit sous forme de tube. La séreuse n'est pas atteinte par le processus néoplasique. La lumière de l'intestin est bordée par une couche de tissu inflammatoire et nécrotique.

L'examen histologique des organes hématopoiétiques montre au niveau de la rate des scléroses légères avec ébauche de réaction myéloïde; au niveau de la moelle osseuse, une réaction myéloïde très accentuée.

OBSERVATION 2 (Résumé).

Cancer de l'angle droit du côlon, forme anémique.

Radiographie avec image lacunaire ⁽¹⁾.

M^{me} B., 54 ans, présente durant 2 à 3 mois des symptômes d'une anémie profonde qui font croire tout

(1) BENSUADE et THIBAUT : *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 28 novembre 1913.

d'abord à une anémie pernicieuse progressive. Lors d'un premier examen, le 9 décembre 1911, on pense à une anémie post-hémorragique, en rapport avec des ménorragies surabondantes. Ce n'est qu'en juin 1912, 6 mois après le premier examen, 9 mois après le début de l'anémie, que l'on constate dans l'hypocondre droit l'existence d'une masse indurée de la grosseur d'une noix. La malade présente une fièvre continue entre 37 et 38°.

B) Parfois accompagnant l'anémie, s'observent précocément quelques troubles intestinaux. Cependant leur allure atypique, l'absence de tout signe précis venant affirmer le cancer colique font errer le diagnostic. On sait d'ailleurs la fréquence des troubles digestifs dans la genèse de certaines anémies pernicieuses progressives.

OBSERVATION 3 (Résumé).

*Cancer latent de l'angle colique gauche,
forme anémique* (2).

Un homme âgé de 37 ans souffre depuis un an de troubles dyspeptiques accompagnés d'amaigrissement, de pâleur, d'essoufflement après l'effort. Il a présenté à plusieurs reprises des douleurs de l'hypocondre droit assez violentes pour faire croire à des coliques hépatiques.

Depuis 3 mois existe une douleur persistante dans l'hypocondre gauche empêchant tout sommeil. La pâleur est extrêmement accentuée et s'accompagne de décoloration des muqueuses. Le chiffre des globules rouges

(2) PETIT et MERLE : *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, mai 1908.

passé en 3 mois de 2.400.000 à 1.100.000. Les hématies sont de diamètre inégal et difficiles à colorer.

Ultérieurement survient une diarrhée intense, très fétide, premier signe fonctionnel de l'épithélioma.

OBSERVATION 4 (Inédite).

Recueillie dans le service de M. le D^r Noël Fiessinger.

Epithélioma cylindrique de l'angle colique droit sans signe radiologique manifesté cliniquement par de la diarrhée, une fièvre modérée et une anémie pernicieuse progressive.

M. Han..., âgé de 34 ans, a fait deux séjours à la Maison Dubois :

1° Le 20 novembre 1928, il entre pour la première fois dans le service du Docteur Noël Fiessinger en observation.

Depuis deux ans, cet homme, d'une force et d'une taille au-dessus de la normale, ressent une fatigue générale, une lassitude considérable, il a beaucoup maigri; un peu de diarrhée et quelques douleurs abdominales vagues et diffuses. Durant ce premier séjour on observe une fièvre légère oscillant entre 38 et 39°. La diarrhée persiste, le foie est légèrement augmenté de volume.

Le diagnostic est orienté vers une amibiase intestinale fruste étant donné ses origines et les troubles qu'il présente.

Plusieurs examens de selles sont négatifs; on n'y peut déceler ni amibes, ni kyste. Une rectoscopie pratiquée dans le service de M. le D^r Bensaude montre que jusqu'à 20 cms la muqueuse ne présente aucune lésion, si ce n'est une pâleur un peu plus accentuée que de coutume.

Malgré ces résultats négatifs on administre un traitement éméthinien pendant 10 jours (en tout 60 centigr.).

L'action de ce traitement semble confirmer le diagnostic d'amibiase fruste. Les troubles intestinaux s'améliorent notablement. La température baisse et tombe à 36° le 3 décembre 1928.

Durant ce premier épisode morbide, notre malade fut donc considéré comme un dysentérique amibien chronique.

2° C'est le 9 avril 1929 que nous le revoyons pour la seconde fois. Tous les signes digestifs se sont accentués. Ils sont alors accompagnés d'une anémie importante, les douleurs abdominales sont toujours sourdes et diffuses, sans localisation précise; elles sont continuelles et s'accompagnent d'un léger météorisme abdominal très pénible.

Les crises diarrhéiques sont beaucoup plus importantes que lors du premier séjour à la maison de santé. Le malade signale la présence de stries sanglantes et de grumeaux noirâtres. L'amaigrissement est considérable.

La température se maintient à 38°-38° 5.

Dès l'abord, l'intensité de l'anémie est frappante, le faciès est pâle, décoloré. Les examens de sang que nous consignons dans un tableau montrent l'importance de cette anémie. La palpation de l'abdomen ne révèle aucune douleur appréciable.

1° Examen du sang :

DATES	H	G R	G B	POLY NEUTRO	POLY EOS	POLY BASO	GRANDS MONO	M MONO	LYMPHO	G R NUCLÉES	RÉTICU- LOCYTES
20-11-28	33 %	4.820.000	11.500	78	5	1	6	7	3		
10-4-29		2.310.000	7.000	81	0,5	0,5	6	20	1	2	2,5 %
24-4-29	30 %	2.377.000	12.400	70	2	1	12	6	9		6,5 %
17-5-29		2.880.000	9.200	85	0	2	6	6	1		
24-5-29		1.925.000	12.000	61	0	2	4	4	6		1 %
30-5-29	14 %	1.425.000	12.000								7 %

Dans tous ces examens on note une anisocytose modérée, pas de poikilocytose.

2° *Exploration du tube digestif :*

Recherche du sang dans les selles. Réaction de Meyer et réaction au pyramidon positives. Recherche de parasites dans les selles. Œufs de trichocéphale.

3° *Dosage de l'acidité gastrique* et épreuve à l'histamine : normale le 20-4-29.

4° *Examen radiologique du tube digestif :*

Le 11-4-1929. L'estomac est orthotonique et orthokinétique, sans stase à jeun. Les parois sont souples et indolores. On n'y décèle aucune douleur, aucune déformation. Un transit intestinal, un lavement baryté ne révèlent aucun obstacle.

La diversité des examens pratiqués montre bien les hésitations du diagnostic.

Tout d'abord le malade fut considéré comme un ami-bien ancien, atteint de troubles intestinaux chroniques. Du 9 avril 1929 au 7 mai 1929, le traitement indiqué combine le foie de veau, l'émétine et le yatren en lavements et en pilules : 2 pilules par jour. Comme l'indique le tableau résumant l'énumération globulaire, cette thérapeutique semble amener une certaine amélioration jusqu'au 24 mai. Cependant à cette date survient un mœlena assez abondant suivi d'une chute importante des globules rouges. L'importance des troubles intestinaux, la réponse normale de l'épreuve à l'histamine font penser à un néoplasme de l'intestin, malgré le résultat négatif des épreuves radiologiques, et repousser l'hypothèse d'une anémie pernicieuse secondaire à une parasitose intestinale.

Mais ultérieurement, on décèle des parasites intestinaux dans les selles du malade et on en revient à envisager ce diagnostic.

On prescrit de l'extrait éthéré de fougère mâle, le malade expulse un ténia. Néanmoins, aucun traitement n'amène d'amélioration sensible. Le diagnostic le plus

vraisemblable reste encore celui de cancer digestif latent à forme anémique.

C'est à ce diagnostic que s'arrête M. le Docteur Bensaude consulté, bien que rien ne prouve le néoplasme de façon certaine.

A partir du 20 mai 1929, le mœlena devient de plus en plus abondant, continu. Le malade maigrit rapidement et meurt le 3 juin 1929.

A l'autopsie : On trouve un cancer ulcéreux et végétant de l'angle hépatique, qui adhère au foie, au duodénum, à la vésicule biliaire. La lumière de l'intestin est légèrement dilatée. Il n'existe aucune métastase.

Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma atypique, infiltrant dans un stroma conjonctif dense.

En résumé : plusieurs examens discordants permettaient ici de douter de l'existence d'une maladie de Biermer, cryptogénétique. La valeur globulaire fut constamment très diminuée. Il n'existait pas d'achylie gastrique, ni spontanément, ni après épreuve de l'histamine.

Ce sont là des données intéressantes dont la valeur mériterait d'être contrôlée. On comprend l'insistance avec laquelle fut recherchée une tumeur digestive latente et cependant elle ne put être affirmée du vivant du malade.

La notion pratique fondamentale qui se dégage de ces observations est la longue latence des signes locaux propres à la tumeur, durant un temps qui varie de 6 mois à 13 mois. Dans tous ces cas, bien qu'on ait pensé à plusieurs reprises à la possibilité d'un cancer, ce diagnostic n'a pas pu être vérifié pendant longtemps. La raison de cette latence locale

semble résider dans le volume réduit de la tumeur intestinale et aussi dans sa forme évolutive. Le plus souvent il s'agissait d'épithéliomas peu infiltrants, nullement sténosants, et qui n'entraînaient ni tuméfaction sensible à la palpation ni modifications radiologiques du tube intestinal.

Ces formes anémiques du cancer digestif sont même bien connues au point de vue pratique et récemment encore. M. le Professeur Lœper et ses élèves insistaient sur le rôle des cancers latents du tube digestif dans la genèse de certaines anémies pernicieuses. Il ne semble pas, en effet, que l'on puisse opposer hématologiquement les anémies protopathiques et les anémies symptomatiques des cancers digestifs. Hayem avait tenté d'opposer la formule hématologique des anémies cryptogénétiques (valeur globulaire augmentée, leucocytose marquée, nombreuses hématies nucléées) et celle des anémies cancéreuses (valeur globulaire diminuée, leucocytose normale, hématies nucléées rares). Il semble que les travaux ultérieurs n'aient pas confirmé ce schéma, et Lereboullet-Tixier concluent après Aubertin qu'il n'existe aucun signe hématologique caractéristique des variétés étiologiques des anémies pernicieuses.

La pathogénie de l'anémie dans ces tumeurs digestives a été diversement interprétée. Certains auteurs ont longtemps admis une influence directe du processus cancéreux sur le système hémato-poïétique. Pour Rieux, il y aurait une sorte d'équilibre entre l'action hémotoxique et myélotoxique d'une part et

l'hématopoïèse d'autre part; les symptômes hématologiques des anémies cancéreuses seraient donc ceux d'une anémie simple ou pernicieuse orthoplastique ou displastique. En somme, d'après cette opinion, l'anémie serait au premier rang parmi les manifestations cliniques des cancers; les formes anémiques résulteraient de l'exagération de ce symptôme.

Divers auteurs se sont cependant élevés contre cette conception. M. Renaud, examinant systématiquement le sang de nombreux cancéreux, n'observe dans la majorité des cas, ni anémie, ni modification des globules blancs. Pour cet auteur, l'anémie pernicieuse serait rare au cours des cancers : il en relève un cas au cours d'un néoplasme utérin attribuable à des hémorragies répétées. Le professeur Roussy montre que les cancers à forme anémique sont surtout les épithéliomas des muqueuses. Il semble donc, d'après ces auteurs, que l'anémie au cours des cancers soit surtout due aux complications même de la tumeur : hémorragies et infection secondaire beaucoup plus qu'aux résorptions de produits cancéreux. C'est aussi l'opinion qui se dégage de l'étude particulière des formes anémiques des cancers digestifs. Lereboullet et Tixier pensent qu'en l'absence d'hémorragies le processus anémique est bien plutôt conditionné par les troubles fonctionnels du tube digestif que par la présence de tissus néoformés.

Cette opinion cadre fort bien d'ailleurs avec ce que l'on sait des rapports entre troubles digestifs et anémie de Biermer. Bien souvent on peut noter,

comme dans l'observation de Lereboullet et Tixier, comme dans la nôtre, un parallélisme entre l'anémie et les troubles gastro-intestinaux.

Il semble donc que ce soit la localisation intestinale l'infection dont le tube digestif est le siège plus encore que la nature néoplasique de la lésion primitive qui soit à l'origine des formes anémiques du cancer digestif. Rien ne permet hématologiquement de mettre une étiquette étiologique sur l'anémie souvent révélatrice de la tumeur.

II. — FORMES INFECTIEUSES DES CANCERS DU CÔLON

La fréquence de l'infection dans le cancer du côlon est connue depuis longtemps. Il est une notion moins classique sur laquelle nous voulons insister : les modes de début clinique par des signes d'infections générale ou locale.

Généralités. — Le cancer du côlon est un cancer infecté, ce qui n'est pas pour surprendre parce qu'il se développe dans un milieu essentiellement septique. L'infection retentit précocement sur les tissus voisins. Cette inflammation péricolique précède habituellement de longtemps la propagation néoplasique. Le cancer du côlon reste en effet longtemps localisé.

Ainsi, dès le début de son évolution, la tumeur maligne peut s'accompagner de lésions inflammatoires de voisinage, qui tantôt resteront cliniquement silen-

cieuses, tantôt au contraire se manifesteront par des accidents infectieux variés. Nous rappellerons rapidement la nature de ces lésions, ce qui nous aidera à comprendre certaines formes cliniques atypiques.

Nous envisagerons d'abord les lésions intestinales :

a) *Lésions inflammatoires coliques* : La tumeur peut s'ulcérer. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, il ne semble pas que l'ulcération du néoplasme puisse expliquer toutes les réactions inflammatoires. Cette ulcération d'ailleurs peut être tardive.

Il importe par contre d'insister sur les ulcérations de la muqueuse en amont de la tumeur : ces ulcérations diastatiques peuvent se faire à une grande distance du néoplasme et devenir par elles-mêmes la source de complications qui égarent le diagnostic.

b) *Lésions inflammatoires péri-coliques* : Nous dirons pour le siège de ces lésions ce que nous disions pour le siège des ulcérations. Elles peuvent se développer au voisinage même de la tumeur ou à une distance plus ou moins grande d'elle.

Elles consistent en inflammation de la graisse péri-colique qui devient le siège d'une lipomatose parfois très importante, en inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal formant un foyer septique qui couve et reste susceptible de s'enflammer brusquement.

Cette infiltration péri-colique explique les adhérences qui fixent la tumeur à la paroi ou aux organes voisins et l'infiltration des ganglions tributaires. On voit ainsi se former de volumineuses adénopathies

qui peuvent rester purement infectieuses avant de devenir néoplasiques. Un degré de plus et ces réactions inflammatoires aboutissent à la suppuration formant alors des phlegmons qui peuvent alors se fistuliser.

Cliniquement ces lésions inflammatoires peuvent se manifester localement ou bien donner lieu seulement à des signes d'infection générale.

Dans un cas comme dans l'autre, on voit combien il peut être difficile de rattacher tous ces troubles à leurs véritables causes : cancer du côlon, si les signes classiques font défaut. Ce sont ces signes que nous allons étudier et nous distinguerons tout naturellement :

- 1° des formes fébriles ou septicémiques, sans signes de foyer localisé ;
- 2° des formes infectieuses localisées.

1° Formes fébriles ou septicémiques.

La plupart des observations de formes fébriles que nous avons relevées dans la littérature médicale ont trait à des formes fébriles avec signes infectieux locaux, simulant comme nous le verrons, les différentes suppurations abdomino-pelviennes possibles depuis l'abcès sous-phrénique jusqu'à l'abcès pelvien en passant par l'appendicite.

Par contre, les cas de cancers coliques se manifestant pendant une longue phase de leur évolution

par un état fébrile sans aucun signe de localisation sont très rares.

Nous en avons trouvé quelques observations dans la thèse de Marco. Nous y joindrons une observation signalée par Blanc, ainsi qu'une autre observation due à l'obligeance de notre Maître, M. le Professeur agrégé Chiray.

Il est bien entendu que le terme de forme fébrile pure a une signification uniquement clinique. Nous voulons parler des cas où les signes infectieux locaux font défaut au moins au début de l'évolution.

Ces formes sont intéressantes à considérer parce qu'elles exposent à peu près fatalement à des erreurs diagnostiques. En effet, l'on ignore leur cause véritable, parce que le tableau clinique réalisé est celui d'une infection générale, d'une septicémie et n'éveille aucunement l'idée d'un cancer, parce que les signes locaux, aussi bien fonctionnels que physiques du cancer du côlon, font défaut pendant une longue période et n'attirent pas par conséquent l'attention sur l'intestin. Quelquefois, il y a bien des symptômes digestifs, mais ils sont mis sur le compte de l'infection. Et pourtant cette méconnaissance de la tumeur maligne est une catastrophe car elle retarde l'intervention, au point parfois de la rendre impossible, le diagnostic étant fait à une période trop tardive où la propagation cancéreuse, les métastases et la cachexie compromettent toute chance de guérison. Or, le cancer du côlon est une tumeur longtemps localisée et son ablation précoce permet d'escompter une longue survie.

On doit donc s'efforcer dans ces formes anormales fébriles de faire le diagnostic le plus précocement possible. Une analyse minutieuse des symptômes devra faire soupçonner le cancer et mettre en œuvre les recherches indispensables : examen des selles, examens radiologiques répétés.

L'histoire de ces malades se réduit à un état fébrile qui dure déjà depuis des semaines et même des mois. L'examen le plus attentif n'a permis de découvrir aucune cause. Tantôt la fièvre est continue avec état typhoïde, mais le séro-diagnostic est négatif et la prolongation de l'état infectieux fait écarter toute idée de dothienenterie. On pense alors à une infection d'origine intestinale et on parle d'entéocolite à moins que ce ne soit de colibacillose.

S'agit-il d'une fièvre intermittente pseudo-palustre ? L'absence d'hématozoaires dans le sang, l'absence de splénomégalie, l'absence de contagions possibles antérieures écarteront l'hypothèse de malaria. On recherche un foyer de suppuration profonde et, sur la constatation d'un vague point douloureux, on fait opérer le malade pour cholécystite ou appendicite chronique.

Voici donc une première notion : état fébrile prolongé sans causes apparentes.

Un deuxième indice est fourni par l'état du malade : il s'agit en général d'une personne d'âge mûr chez laquelle en pleine santé, parfois assez brusquement, s'installe un état fébrile en même temps que l'état général décline, et cette atteinte appréciable de

l'état général avec anémie marquée rebelle à toute thérapeutique, devrait faire soupçonner un néoplasme du tube digestif sans attendre pour cela des manifestations de sténose intestinale ou des entérorragies.

A cet égard, il est instructif de voir les erreurs commises en de pareils cas et comment on est parvenu à poser un diagnostic exact. L'observation 8 de la thèse de Marco ⁽¹⁾ concerne un cas de cancer du côlon droit pris successivement pour une typhoïde, un fibrome suppuré, une appendicite anormale. Le diagnostic exact supposé par M. le Professeur agrégé Lardennois est confirmé par biopsie.

M^{me} B..., âgée de 56 ans, sans troubles intestinaux marqués, est atteinte depuis deux mois de phénomènes généraux graves avec état fébrile autour de 39° et pouls accéléré. Elle émet environ 300 grs d'urine trouble dans les 24 heures. La langue est sèche, l'amaigrissement très prononcé. On a envisagé l'idée d'une typhoïde ou d'une paratyphoïde. L'hémoculture, le séro-diagnostic ont été négatifs.

Comme il existe un fibrome du volume de deux poings, un chirurgien a pensé à une rétention infectée dans le fibrome, mais il n'existe aucun symptôme douloureux de ce côté. Un autre chirurgien a émis l'hypothèse d'une appendicite anormale. Etant donnée la durée de l'affection, M. le Professeur Lardennois trouva un peu de sensibilité au niveau de l'angle droit du côlon et émet l'hypothèse d'une tumeur maligne infectée du côlon droit. Un examen radiologique ne donne aucun renseignement. L'état de la malade s'aggravant, la température

(1) *Thèse, Paris, 1926.*

dépassant 40°, des vomissements commençant à apparaître, on décide d'intervenir. Par une incision de Roux prolongée vers la fosse lombaire et un décollement sous-péritonéal sans entrer dans la cavité abdominale, on trouve dans le tissu cellulaire sous-péritonéal un véritable phlegmon sous-néoplasique avec végétations friables et fétides. Il s'agit évidemment d'une tumeur du côlon infectée et propagée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

L'examen histologique du fragment prélevé confirme cette opinion. Le soir du 9^e jour, mort subite par hématomèse foudroyante.

Dans ce cas la fièvre continue, l'amaigrissement, la sécheresse de la langue, l'oligurie en l'absence de signes locaux avaient pu en imposer pour un état typhique.

L'observation 12 de la même thèse concerne un cas de cancer du côlon ascendant s'étant manifesté pendant quatre mois par des accès de fièvre intermittente rappelant les accès palustres. Toutes les investigations cliniques et radiologiques étaient restées négatives jusque-là, et c'est l'apparition d'une tumeur de la fosse iliaque droite qui permit de déceler et d'opérer ce cancer fébrile et non sténosant.

Instructive également est l'observation rapportée par Henri Blanc ⁽¹⁾ concernant une femme qui, pendant plus d'un an, présente une fièvre continue légère accompagnée d'une atteinte profonde de l'état géné-

(1) Henri BLANC : Forme latente fébrile du gros intestin. *Bull. et Mém. Soc. des Chirurg. de Paris*, février 1929.

ral et de symptômes d'entérite. Elle fut soignée successivement pour entérite, tuberculose, grippe intestinale et appendicite avant d'être opérée pour un cancer du côlon droit.

M^{me} D..., 58 ans, avait depuis de longues années des malaises de digestion, des périodes de dyspepsie ou des poussées d'entérocolite nécessitant plusieurs saisons à Chatel-Guyon. Le plus souvent il s'agissait de périodes de diarrhée alternant avec des périodes de constipation, sans toutefois altérer la santé générale.

Un an avant la crise qui conduisit au diagnostic, la malade a commencé à sentir un peu de gêne douloureuse intermittente dans la fosse iliaque droite. L'examen ne décèle aucun signe d'appendicite. Seule une nuance dans la palpation pouvait être retenue. C'est qu'il n'y avait pas la même souplesse de la paroi que du côté opposé. Un an plus tard la malade a lentement et régulièrement décliné en perdant ses forces et son embonpoint avec des crises légères d'entérite et un état fébrile presque continu. Fièvre irrégulière et peu élevée : 37° 7 à 38° 2. Le médecin prescrit successivement un traitement pour l'entérite, puis incrimine la tuberculose et enfin des phénomènes de grippe traînante avec répercussion sur l'intestin.

Treize mois ainsi pendant lesquels la malade qui pâlisait et maigrissait à vue d'œil avait toujours un peu de fièvre. En quelques jours la température s'élève de quelques dixièmes (38). La sensibilité dans la fosse iliaque augmente et on pense à une appendicite. La malade se plaint de phénomènes douloureux de l'intestin, avec ballonnement intermittent, de digestions lentes, de constipation beaucoup plus marquée. Localement on

trouve une défense de la paroi et derrière cette paroi le segment cœco-ascendant résistant et sensible.

Il existe du ballonnement qui ne disparaît jamais complètement. Le diagnostic alors posé fut celui de cancer du segment initial du côlon ascendant. La recherche du sang dans les selles et une radiographie confirmèrent ce diagnostic.

Ces trois observations ont chacune trait à un néo du côlon droit s'étant révélé au début par un état fébrile en ayant imposé dans le premier cas pour une typhoïde, dans le second pour un accès palustre, dans le troisième pour une entérite banale ou de la tuberculose.

Plus curieuse encore est l'observation que nous rapportons, grâce à l'obligeance de notre maître, M. le Professeur agrégé Chiray.

M^{me} Basq... Chez cette malade, ce qui a attiré pour la première fois l'attention, c'est le 23 décembre 1924, à la suite de fatigue, un gros accès de température à 40° avec syncope et vomissements bilieux peu abondants. Le lendemain matin 39° 5, puis la température redevient normale. Le 10 janvier, la température monte à nouveau à 38° 5, et à un examen complet on trouve comme seul symptôme une douleur vive dans la région vésiculaire. Depuis, cette douleur s'est reproduite à chaque poussée de température. Le 26 janvier, 38° 5; le 2 février, 39° 6; le 4 février, 38° 6. Les petites poussées atteignant 38° sont de plus en plus fréquentes, et maintenant que la malade connaît le malaise qui accompagne cette poussée thermique, elle se rend compte qu'elle a dû fréquemment avoir de la fièvre et cela depuis juin 1924. En dehors de

ces troubles la malade n'a jamais souffert de sa vésicule. Elle a depuis quelque temps la sensation de quelque chose d'anormal dans l'hypocondre droit, et quand elle a son corset, il lui est douloureux.

Intervention : Vésicule très distendue, pas de calculs. Etant donnée la nature des lésions, on se décide à faire seulement une cholécystectomie de crainte qu'un retour de l'infection après une cholécystostomie ne puisse plus être maîtrisée dans la suite. On parvient à fixer la vésicule à la peau. On prélève un peu de bile avec une pipette pour culture.

Juillet 1925. A la suite de l'intervention, persistance d'accès fébriles intermittents, apparition de crises d'occlusion intestinale intermittentes avec impression d'un obstacle à gauche; on pratique alors un transit intestinal.

Transit intestinal :

1^{er} examen : 12 heures après ingestion de 200 grs de gélobarine, la baryte occupe le côlon droit et le transverse. Il reste un peu de la substance opaque dans la dernière anse iléale. Horaire normal. On remarque : 1° que le fond du cœcum est irrégulier; 2° qu'il existe du spasme du 1/3 droit du côlon transverse, le reste du transverse étant plus gros; 3° que la partie terminale de l'iléon est anormalement haut située; 4° enfin que le fond du cœcum est peu mobile dans le passage de l'habitus vertical au décubitus. Aucune douleur au palper du côté droit.

2^e examen, 19^e heure : L'état de spasme constaté à l'examen précédent a complètement disparu. Le côlon droit et le transverse sont très réguliers, plutôt gros. Le grêle est vide. L'angle colique gauche n'est pas dépassé (retard).

3^e examen, 43^e heure : Le cœcum, le côlon droit commencent à se vider. Le côlon transverse est flottant et commence à prendre l'aspect en boulette. Il n'y a que

de faibles traces de baryte qui aient franchi l'angle colique gauche.

4^e examen, 91^e heure : La presque totalité de la baryte absorbée 4 jours auparavant s'est amassée dans la moitié gauche du transverse qui est dilatée; le côlon descendant reste invisible.

A la hauteur de la crête iliaque gauche, il y a deux grosses bulles gazeuses déjà remarquées au cours des examens précédents. Entre la 12^e et la 91^e heure, il ne passe dans le côlon terminal que de très faibles traces de baryte. Pendant cet arrêt, on constate que la moitié gauche du côlon transverse se distend. L'aspect fait supposer un obstacle situé à l'origine du côlon descendant.

Lavement : La pénétration du lavement jusqu'à la hauteur de la crête iliaque gauche s'effectue facilement sans aucune douleur. La migration de la baryte s'arrête à ce moment, l'ampoule et le colon pelviens se distendent, des coliques apparaissent. On insiste et au bout d'une dizaine de minutes pendant lesquelles se produisent des envies impérieuses, il passe une très petite quantité de baryte dans la partie supérieure du côlon descendant. L'examen de la radiographie prise à ce moment révèle que sur une hauteur de 5 travers de doigt juste au-dessus de la crête iliaque gauche, il existe sur le trajet du côlon que de très faibles traces de baryte, sans rien cependant qui indique un véritable rétrécissement.

Examen bactériologique de la bile : Tous les milieux ensemencés montrent des colonies abondantes d'un bacille Gram négatif sans association microbienne perceptible.

Identification : Bacille coli.

Malgré la cholécystostomie, il persiste des poussées fébriles pendant quelque temps.

Amélioration avec un traitement intestinal.

Dans les derniers jours de septembre 1926, douleurs

vives dans la région sacro-lombaire gauche avec irradiations dans la jambe gauche qui font penser à une sciaticque.

Le 2 octobre, au niveau de la région sacro-lombaire apparaissent de l'empâtement, de l'œdème avec douleur locale qui font porter le diagnostic de collection suppurée en évolution vers la région sacro-lombaire. La malade succombe le 4 octobre au soir.

On voit par cette observation que les formes fébriles ne sont pas l'apanage des cancers du côlon droit mais peuvent se voir également dans les tumeurs du côlon gauche.

Interprétation pathogénique. — Ces faits cliniques demandent à être interprétés. L'infection secondaire paraît être essentiellement en cause. Deux facteurs interviennent surtout : les rétentions intestinales provoquées par la présence du néoplasme, même si elles ne se traduisent pas cliniquement, amènent une exacerbation de la virulence des germes que renferme à l'état normal le tube digestif; d'autre part, elles favorisent des résorptions intestinales toxiques qui interviennent peut-être dans certains cas, quel que soit le mécanisme que l'on puisse invoquer pour expliquer la fièvre par absorption (substance chimique thermogène), par accidents d'anaphylaxie due à la pénétration d'albumine toxique.

Au niveau du cancer d'autre part, tôt ou tard la muqueuse intestinale se désagrège, au-dessus de lui,

il se forme de même des ulcérations qui vont être autant de portes d'entrée pour les microbes.

Cette muqueuse intestinale, plus ou moins loin de la stricture, présente deux sortes d'ulcérations : les unes, sanieuses nécrotiques, ont les caractères d'ulcérations inflammatoires dues à l'action des microbes au niveau d'éraillures traumatiques, les autres, à tendance perforante plus marquée, n'ont pas les mêmes caractères inflammatoires : elles ont été décrites sous le nom d'ulcérations diastatiques. On attribue leur formation à l'action de l'ischémie à la suite de la distension de la paroi (Okinczyc). Ces ulcérations paraissent être la porte d'entrée principale de l'infection secondaire. Elles peuvent siéger très loin de la stricture cancéreuse et ceci explique que l'infection péricolique puisse s'observer loin du siège même du cancer.

Les phénomènes septicémiques observés peuvent s'expliquer comme dus tantôt à la pénétration directe de germes dans la circulation, à la faveur des ulcérations intestinales, tantôt à la pénétration de germes développés au niveau des foyers inflammatoires péricoliques.

A ces constatations il convient d'ajouter que la fièvre est particulièrement fréquente dans les cas de cancers ayant donné lieu à des métastases hépatiques.

Rôle des microbes intestinaux. — Il n'est guère possible de faire une classification des types fébriles d'après le microbe en cause, toutefois le colibacille et

l'entérocoque de Thiercelin paraissent jouer un rôle principal.

Celui-ci a été trouvé à plusieurs reprises par M. Cain dans les observations rapportées dans la thèse de Marco.

Dans une communication à l'Académie des Sciences sur la vaccinothérapie de l'entérococcie (12 novembre 1917), Thiercelin et Cépède insistent sur la grande variété des tableaux cliniques que peut réaliser l'entérocoque protéiforme lorsque de microbe saprophyte il devient pathogène. Localement, au niveau de la paroi intestinale, il crée des suppurations miliaires, point de départ des manifestations toxi-infectieuses généralisées : « la septicémie peut se produire d'emblée et avoir une gravité très variable, parfois les symptômes en sont peu accusés : signe vague d'infection d'origine gastro-intestinale (inappétence, constipation, diarrhée avec très légère fièvre vespérale).

D'autres fois les symptômes sont intenses, la maladie très grave se termine par la mort, évoluant avec une forte fièvre à type continu rémittent, intermittent ou extraordinairement irrégulier. L'entérococcie simule la fièvre typhoïde, la tuberculose aiguë, le paludisme, ou la fièvre de Malte.

Macaigne, dans l'article du traité de Widal, observe que les septicémies à entérocoques sont rares, que le point de départ se trouve au niveau de l'ulcération intestinale le plus souvent. Il signale la fréquence d'accès fébriles analogues à ceux que l'on voit au

cours du paludisme. Il attire l'attention sur un aspect spécial de la courbe thermique. En général, pendant la durée de l'infection, la température reste peu élevée, rarement au-dessus de 38° et de temps à autre, sans régularité, dans la période intercalaire, des accès fébriles éclatent brusquement. La température présentant alors des élévations considérables suivies au bout de quelques heures ou de quelques jours d'abaissement rapide ou lent avec parfois même hypothermie. Ces accès fébriles, qui peuvent être précédés de frissons et suivis de transpiration abondante, rappellent assez bien les accès paludéens, et par leur répétition et l'intermittence de leur apparition, ils autorisent la description d'une septicémie entéroccique à forme de fièvre intermittente. Macaigne signale d'autre part la possibilité de complications méningées, endocarditiques, de phlébites.

Le colibacille donne à côté d'infections affectant l'allure des grandes pyohémies chirurgicales, des septicémies à fièvre continue rappelant le tableau clinique de la typhoïde.

Ce qui caractérise donc les manifestations des entéroccies et de la colibacillémie, c'est surtout l'association de troubles digestifs (inappétence, état nauséux, constipation ou diarrhée), de la fièvre, soit continue, simulant le tableau d'une fièvre typhoïde, soit de type intermittent avec accès rappelant les accès fébriles du paludisme. On voit que les manifestations fébriles générales observées au cours des néo-

plasmes intestinaux reproduisent le plus souvent ces types.

Si l'infection paraît donc expliquer la plupart des manifestations fébriles, observées même précocement au cours de cancers intestinaux, il faut retenir cependant que ces mêmes types fébriles continus, rémittents, intermittents, fièvre continue oscillante, ont été observés dans des cas où l'infection secondaire ne semblait pas pouvoir être incriminée et où le néoplasme seul pouvait par lui-même, semble-t-il, expliquer la fièvre.

L'expérimentation qui, entre les mains de Richet, a montré que les tissus cancéreux non infectés n'avaient pas de toxicité, qui, avec M. le Professeur Roger, montrait que les tissus cancéreux contiennent une toxine hypothermisante, ne nous paraît pas devoir apporter de conclusions définitives, l'expérience ne pouvant réaliser les conditions naturelles. Donc, on ne peut actuellement rejeter l'existence d'une « fièvre de néoplasme », qui serait peut-être parfois en cause dans les cas de fièvre précoce de cancer de l'intestin, alors que l'examen des matières fécales ne montre la présence ni de pus ni de sang, cas où la muqueuse ne serait pas encore ulcérée et où le malade ne présente aucun signe clinique d'obstacle intestinal au cours normal des matières.

2) *Formes infectieuses localisées.*

Une infection périnéoplasique peut donc déterminer un état fébrile d'aspect septicémique dont le point de départ reste latent.

Le plus souvent les déterminations infectieuses se manifestent par des signes locaux et l'on porte le diagnostic d'affection ou de suppuration localisée sans que le cancer colique se révèle par des signes particuliers. Il ne faut d'ailleurs pas opposer deux manifestations différentes de l'infection péri-cancéreuse, l'une purement fébrile cachectisante, l'autre à type de suppuration locale, car ces deux formes peuvent se succéder, il en est ainsi dans l'observation suivante.

M^{me} A... se plaint depuis octobre 1926 de fièvre et d'amaigrissement qui atteint 8 kilogr. en 5 mois; la fièvre a d'abord été intermittente et irrégulière, puis des accès de type palustre sont apparus, remplacés à leur tour par une fièvre continue. Elle accuse en outre une constipation modérément tenace; elle eut récemment, à la suite d'une prise de rhubarbe, des selles vertes avec décharge biliaire. Enfin elle souffre depuis quelque temps dans la partie gauche du ventre. Elle est examinée pour la première fois en mars 1927. Le foie est normal, la vésicule à peine sensible, la rate est légèrement augmentée de volume, l'examen de l'intestin et de l'appendice ne révèle rien d'anormal.

L'examen du sang donne les résultats suivants : pas d'hématozoaires. Hématies 4.000.000; hémoglobine 85: leucocytes 10.820 avec 71 % de polynucléaires.

Dans les semaines suivantes, la polynucléose et l'anémie s'accroissent et la malade émet 5 ou 6 selles quotidiennes pléiochromiques.

Le tubage duodénal, pratiqué en vue d'éliminer une affection vésiculaire, donne les résultats suivants :

La bile A recueillie est claire, jaune d'or, limpide; elle coule facilement et en grande abondance, elle ne contient aucune trace de cholestérine; la recherche des pigments donne par la méthode de Fouchet 1/25000 et 17,5 unités (Van den Bergh).

L'examen cytologique révèle la présence de très nombreuses cellules à contours irréguliers, tantôt plus ou moins arrondies, tantôt ovalaires, contenant 2, 3 ou 4 gros noyaux, très colorés, disposés à la périphérie. On trouve encore quelques monos et quelques polynucléaires.

L'injection de 40 cm³ de solution de sulfate de magnésie donne une bile de teinte marron clair très limpide de réaction alcaline, mais peu abondante et peu chargée en cholestérine (0,75). La recherche des pigments donne 1/30000 par la méthode de Fouchet et 51,4 par la méthode Van den Bergh. L'examen cytologique permet de déceler un grand nombre de cellules régulièrement arrondies à un ou plusieurs noyaux semblables à ceux trouvés dans la bile A, ainsi que quelques polynucléaires et quelques hématies. Une seconde injection de 30 cm³ de sulfate de magnésie donne encore quelques gouttes de bile B qui se dilue dans la bile A et qu'il n'est pas possible de recueillir seule; la bile C que l'on peut recueillir ensuite présente les mêmes caractères que la bile A, mais elle est tellement souillée de passages gastriques qu'elle ne peut être employée pour le dosage. La bile B recueillie aseptiquement a étéensemencée sur bouillon et gélose inclinées et mise à l'étuve à 37°.

Examen radiologique de M^{me} A...

Intestin : Les premières radiographies faites 3 h. 1/2 et 9 heures après la prise de baryte montrent un intestin grêle d'un calibre assez volumineux rappelant par endroits celui du côlon. Le transit de l'iléon est retardé; à la 9^e heure les dernières anses grêles contiennent encore la moitié de la baryte absorbée. A la 28^e heure la traversée du grêle est terminée avec un retard important sur l'horaire normal. Les matières sont accumulées dans le côlon droit, l'angle colique droit et l'origine du transverse qui forment une masse commune volumineuse. À partir de ce moment, la lenteur de la migration intestinale ne fera que s'accroître. Le 3^e jour du transit, les matières commencent à peine à dépasser le milieu du transverse; le 6^e jour elles atteignent l'angle colique gauche. Le côlon droit et le transverse sont longs, gros, flexueux, mais avec des incisures régulières. Une collection gazeuse importante que l'on trouve à peu près constamment à la partie moyenne de l'abdomen fait prévoir l'existence d'un dolichocolon.

Enfin, au 8^e jour du transit, après purgation à l'huile de ricin et lavement évacuateur, aucun changement ne se manifeste, la baryte reste en entier dans le côlon transverse.

Lavement. — Un lavement baryté est alors donné, bien que le côlon n'ait pas été évacué sous le contrôle de la radioscopie. Il révèle l'existence après injection d'un litre et demi de liquide d'un dolichocolon sigmoïdien dont l'anse à la fois très longue et très large occupe la partie médiane de l'abdomen. Le lavement n'a pu être poussé jusqu'à raccorder la partie de l'intestin rempli par le lavement avec la partie remplie par la baryte ingérée (ballonnement du ventre et envies d'aller à la garde-robe).

Conclusion. — 1° Dolichocolon sigmoïdien.

2° Extrême lenteur du transit intestinal en amont de ce dolichocolon.

La malade subit alors un traitement d'essai par injections intra-musculaires contre le paludisme, et celui-ci n'étant suivi d'aucun résultat, on décide une cure à Chatel-Guyon.

La cure s'est terminée par l'évacuation imprévue et spontanée d'une collection purulente par voie vaginale (cul-de-sac postérieur).

Les premiers résultats de la cure sur l'intestin (mégacolon) ont été des plus remarquables. Aidés de deux ou trois lavages goutte à goutte, les évacuations ont été d'une abondance extrême; mais il semble que la cure a eu pour résultats d'hâter la maturité d'une petite collection purulente jusque-là discrète et imprécise et d'en favoriser l'éclosion.

Un chirurgien consulté ne pense pas être obligé d'intervenir plus avant. L'intestin fonctionne remarquablement. Dès que celui-ci a repris ses fonctions et que le tympanisme a diminué, on a eu la perception d'une petite tumeur de la fosse iliaque droite qui a fait penser à un utérus fibromateux. Ultérieurement le médecin traitant pense à une fistulisation de l'intestin et croit que l'abcès est péricolique. Il pense qu'une petite collection ancienne peu virulente s'est réactivée sous l'influence de la cure et des cataplasmes pour former cet abcès qui s'est ouvert par le cul-de-sac post.; toutefois le chirurgien persiste à croire à une collection annexielle.

La cure est arrêtée maintenant depuis longtemps. Un nouveau goutte à goutte a été conseillé pour débayer l'intestin qui paraissait s'encombrer à la suite d'un petit engouement de l'anse sigmoïde. C'est à sa suite que des matières ont été constatées sur des tampons de gaze qui

garnissaient la malade, mais il n'en a pas été constaté dans les injections.

Intervention : Cancer sigmoïdien.

Mort rapide après l'intervention.

Ainsi l'infection évolue en deux étapes. Dans la première, qui se prolongea plusieurs mois, la fièvre constitua le seul symptôme précis; d'abord irrégulière, elle devint intermittente à type d'accès palustre, au point que les hématozoaires furent recherchées dans le sang, puis continue. Inopinément, à la suite d'une cure thermale qui rendit normal un transit intestinal ralenti, une collection suppurée apparue dans la fosse iliaque gauche, perçue au toucher vaginal; on l'a prise pour une annexite, puis quand elle s'ouvrit et donna issue à des matières pour une sigmoïdite. C'est seulement à l'intervention que fût révélé le cancer du côlon sigmoïde cause de l'abcès et de l'état fébrile antérieur.

Une semblable observation est loin d'être isolée. Sans vouloir passer toutes les autres en revue, il nous paraît intéressant de signaler quelques erreurs de diagnostic souvent inévitables dues au fait que les manifestations infectieuses localisées du cancer du côlon sont apparues les premières.

La confusion du cancer du cœcum avec l'appendicite aiguë ou l'abcès appendiculaire paraît des plus fréquents et se conçoit facilement.

Dans une première série de faits, il s'agit de malades chez qui se répètent des crises douloureuses de

la fosse iliaque droite avec vomissements, arrêt des matières, contracture abdominale. Ces crises ne diffèrent des coliques douloureuses habituelles au cancer du côlon que par leur plus grande intensité et des phénomènes surajoutés de réaction péritonéale. Si l'on porte le diagnostic d'appendicite, on pourrait avoir la surprise de trouver à l'intervention d'urgence un cancer du cæcum. Plus souvent les phénomènes péritonéaux ne sont pas très intenses et l'on tempore.

Mais les crises se répètent et dans leur intervalle on perçoit dans la fosse iliaque droite une masse douloureuse que l'on prend pour un plastron péri-appendiculaire.

Seule l'intervention révèle la véritable nature.

Telle est l'observation de François Dainville ⁽¹⁾.

Homme de 32 ans qui présente une crise douloureuse au point de Mac Burney avec nausées et vomissements. Traité médicalement, il a, trois semaines après, une seconde crise plus grave avec vomissements porracés, douleurs et défense musculaire au point de Mac Burney. « Une masse douloureuse remplit la fosse iliaque et doit être vraisemblablement un appendice entouré d'adhérences. »

Après sédation des phénomènes aigus, on intervient et l'on trouve un cancer du cœcum.

A l'examen histologique, l'appendice est nettement enflammé, indemne de propagation cancéreuse. Cet homme avait maigri, perdu ses forces depuis quatre mois.

(1) François DAINVILLE : *Société Anatomique*, 1904, p. 166.

Dans d'autres cas c'est l'infection qui l'emporte sur les douleurs paroxystiques et la suppuration péri-néoplasique est prise pour un abcès appendiculaire même au cours de l'intervention.

Une observation de Tuffier ⁽¹⁾ mérite d'être citée :

Malade âgé de 54 ans, entré dans le service une première fois en mai 1903 pour une affection de la fosse iliaque droite. Il avait ressenti six semaines auparavant une douleur dans la partie latérale droite de l'abdomen. Cette douleur s'accroît, empêche le travail, en même temps qu'une tuméfaction apparaît au même niveau. On porte le diagnostic d'abcès subaigu de la fosse iliaque et le malade est opéré par une incision parallèle et supérieure à l'arcade crurale. On trouve un énorme abcès en bissac qu'on draine. Pendant son séjour à l'hôpital et pendant les 5 mois qui suivirent, le malade n'eut aucun trouble digestif spécial.

Cinq mois après le malade revient consulter et on constate que le flanc droit est occupé par une tumeur du volume du poing, lisse, dure, adhérente aux plans profonds. L'orifice du trajet fistuleux était remplacé par deux ulcérations à bords irréguliers, bourgeonnant, saignant, ressemblant en tous points à ceux d'un épithélioma. Un stylet introduit dans ce trajet arrive dans la profondeur sur une masse fongueuse, friable, saignant facilement. L'auteur réintervient et arrive à isoler profondément toute la tumeur qui comprend le cœcum, l'épiploon et une anse grêle.

(1) TUFFIER : *Semaine Médicale*, 22 juin 1904.

Cette observation illustre souligne nettement l'impossibilité d'établir un diagnostic exact, même au cours de l'intervention; elle permet de comprendre certains faits sommairement rapportés et surprenants au premier abord comme le cas suivant (Thèse de Viallet ⁽¹⁾, Obs. V (Schloffer). Homme de 37 ans : péri-typhlite, abcès; fistule stercorale qui se calme seule. Deux ans après le malade revient pour une tumeur développée sous la fistule.

De même Morestin ⁽²⁾ cite un malade opéré déjà trois ou quatre fois depuis une dizaine d'années pour une suppuration de la fosse iliaque droite. Au-dessus de l'arcade crurale s'ouvrent deux fistules laissant écouler du pus en abondance, profondes de 2 ou 3 cm. Au-dessus d'elles, remplissant la fosse iliaque, est une masse allongée en forme de boudin cylindrique, de consistance ligneuse. On songe au résidu d'une ancienne appendicite. L'opération montre que la tumeur est un cancer du cæcum et qu'il ne s'agit nullement d'appendicite.

L'erreur commise dans tous ces cas paraît d'autant plus fatale qu'il s'agit souvent de sujets âgés chez lesquels l'appendicite a coutume d'évoluer à bas bruit, avec un tableau de subocclusion, et d'aboutir à un abcès subaigu de la fosse iliaque droite avec état cachectique plus ou moins avancé. Dès maintenant soulignons la nécessité de discuter le cancer du cæcum quand on porte le diagnostic d'appendicite chez un

(1) Lyon, 1906-07.

(2) VIALLET, obs. VII.

sujet tant soit peu âgé et de rechercher avec soin dans les antécédents l'amaigrissement et l'asthénie.

Selon la localisation du cancer et la direction que prend l'abcès, l'erreur de diagnostic sera différente. Quand l'abcès évolue vers la paroi abdominale postérieure, on peut croire à un psoïtis ou à un phlegmon périnéphrétique.

Dans une curieuse observation de Forgue, Roux et Pagès⁽¹⁾, les signes révélateurs furent un psoïtis et un ictère.

Homme de 35 ans dont la maladie a commencé depuis un mois par des courbatures, de la fièvre et de l'ictère avec décoloration des matières; peu à peu, la cuisse se met en flexion, des douleurs irradient dans le membre inférieur et une tuméfaction douloureuse est constatée dans la fosse iliaque et le flanc droits. La température prend le type oscillant, l'état général s'altère rapidement, le malade maigrit de 10 kilos en un mois, cependant que l'ictère disparaît après 8 jours.

Il n'existe aucun trouble intestinal. Localement on perçoit dans la fosse iliaque et le flanc droits une tuméfaction qui soulève la paroi et donne l'impression d'un épais gâteau péritonéal.

A l'intervention, le cœcum et le côlon sont projetés en avant par une tuméfaction paraissant rétro-colique. L'appendice est sain. Après décollement rétro-colique, un écoulement de pus se produit et l'on se rend compte qu'il s'agit d'un abcès ayant infiltré la gaine des vaisseaux iliaques jusqu'au voisinage de leur origine. On

(1) *Bull. de la Soc. des Sc. Médicales et Biol. de Montpellier*, 1921-22.

pratique une colectomie partielle avec résection d'une partie de la deuxième portion du duodénum adhérente à la tumeur. Guérison.

L'ictère paraît avoir été produit par l'atteinte de la seconde portion du duodénum, mais il ne s'agissait que d'une infiltration inflammatoire de l'embouchure des voies biliaires, puisque l'ictère a régressé spontanément.

L'abcès peut se développer dans la fosse lombaire et l'on pensera qu'il s'agit d'un *phlegmon périnéphrétique* subaigu, comme dans un cas de Tuffier ⁽¹⁾, où l'on avait d'abord songé à une vésicule biliaire enflammée, à une tumeur du foie, à une tumeur du rein.

Dans une observation très sommaire de Gangolphe ⁽²⁾, le signe essentiel est une tuméfaction douloureuse, légèrement fluctuante de la région de la *vésicule biliaire* avec fièvre à 39°5. Incision : issue d'un demi-verre de pus fétide, jaunâtre, assez bien lié. Trois semaines après, issue de quelques matières fécales. Mort quatre à cinq mois après. Autopsie : Cancer du coude droit du côlon.

Il n'est pas jusqu'à l'*abcès du foie* qu'un cancer du côlon ne puisse simuler. Un malade d'Huguier et Rigollot ⁽³⁾, âgé de 50 ans, maigrit et perd ses forces depuis 4 mois; des douleurs de l'hypochondre gauche apparaissent en même temps qu'une fièvre continue.

(1) *Loc. cit.*

(2) VIALLET, obs. XVII.

(3) *Soc. de Chirurgie de Paris*, 12 juin 1914.

oscillante, évoquant l'idée d'une suppuration profonde. Il n'existe aucun signe intestinal et le malade n'eut jamais la moindre tendance à la constipation.

A l'examen physique, on trouve l'hypochondre gauche occupé par une tumeur se continuant sans délimitation avec le lobe droit du foie qui lui aussi paraît hypertrophié, débordant les fausses côtes droites de trois travers de doigt. Malgré le résultat négatif de ponctions répétées, on fit le diagnostic d'abcès du foie, car la tumeur était lisse et douloureuse.

A l'intervention, on arrive sur le lobe gauche du foie partout adhérent à la paroi du fait d'une périhépatite intense sans que l'on trouve des noyaux de cancer. A l'autopsie, on voit qu'il s'agit d'un énorme cancer de la partie gauche du côlon transverse envahissant le foie de proche en proche sans métastase. La tumeur occupe exclusivement la paroi supérieure de l'intestin et laisse libre la lumière intestinale.

L'absence de tout symptôme d'obstruction intestinale fait encore porter à Tuffier ⁽¹⁾ le diagnostic d'*abcès péri-colique* chez un homme de 47 ans, ancien dysentérique, qui présentait une tuméfaction sous-ombilicale douloureuse d'apparition rapide : à l'incision s'écoule un pus grumeleux non fétide, puis quelques jours après, des matières stercorales. Une amélioration s'ensuivit, un trajet fistuleux persista : au bout de trois mois, la fistule rejeta de nouveau des

(1) *Loc. cit.*

matières stercorales et il apparut une tumeur très dure, irrégulière, siégeant au lieu et place de l'abcès qui augmenta rapidement de volume. A l'autopsie, on trouva un cancer du côlon transverse.

On imagine volontiers que de tels abcès symptomatiques puissent évoluer sous les apparences d'une péritonite à pneumocoques ou d'une péritonite tuberculeuse.

Il semblerait que les cancers du côlon gauche prêtent moins volontiers à erreur que les cancers du côlon droite et témoignent d'emblée de leur véritable nature, car ils passent pour s'infecter moins souvent et déterminer plus précocement une obstruction intestinale. En réalité, il ne faut pas oublier que c'est au côlon gauche qu'ont été décrits par Vulpian, puis par Bernutz, les premiers abcès périnéoplasiques, révélateurs du néoplasme. Sur 11 cas rassemblés dans la thèse d'Opin, 5 abcès siégeaient sur le sigmoïde. Il est évidemment difficile de se former une opinion exacte sur la fréquence relative et la précocité plus ou moins grande des abcès périnéoplasiques à droite et à gauche; les abcès péricoliques droits paraissent être plus fréquemment publiés, peut-être parce qu'ils exposent davantage aux erreurs de diagnostic en raison de la présence de l'appendice. Du côté gauche, au contraire, en présence d'un abcès de la fosse iliaque gauche, on pensera tout de suite au cancer colique et l'on ne devra pas s'imaginer que le cancer du côlon gauche ne s'abcède pas, comme le font croire des schémas didactiques opposant le cancer du côlon

droit qui s'infecte, au cancer du côlon gauche qui obstrue.

Dans une telle éventualité, le diagnostic le plus souvent discuté sera celui de sigmoïdite ou de péricigmoïdite.

Cependant les cancers du côlon sigmoïde peuvent donner le change. Ils déterminent quelquefois des phénomènes de cystite suivis de perforation vésicale avec expulsion par l'urèthre de gaz et de matières fécales, mais dans les observations publiées, ces faits apparaissent comme une complication d'un cancer colique facile à diagnostiquer. Au contraire, des abcès péricancéreux peuvent simuler à s'y méprendre une *suppuration pelvi-péritonéale d'origine génitale*. C'est ce qui eut lieu dans l'observation A, où l'intervention seule fit reconnaître que l'abcès ouvert dans le vagin était dû à un cancer de l'anse sigmoïde. C'est encore le cas d'une malade de Leibovici ⁽¹⁾ : vieille demoiselle de 48 ans, habituellement constipée, qui, un an et demi après une appendicectomie, présente des métrorragies et des douleurs bas situées dans la fosse iliaque gauche. Huit mois après le début de celles-ci, en période de métrorragies, elle est brusquement prise d'une violente douleur de la fosse iliaque gauche avec vomissements, malaise général et fièvre. Soignée d'abord chez elle par l'application de glace.

(1) *Journal de Chirurgie*, janvier 1931. CHARRIER et LEBOVICI : De l'exérèse des cancers du côlon comploqués de gros abcès périnéoplasiques.

(2) DE BUTLER D'ORMOND : *Journal d'Urologie*, 1914.

elle entre à l'hôpital au bout de huit jours : on songea d'abord à une affection utéro-annexielle : les métrorragies abondantes et répétées, les douleurs dans le bas-ventre, la fièvre, font penser à une infection salpingienne compliquant peut-être une lésion utérine. Il n'existe aucun trouble digestif net, sauf une constipation habituelle et une diminution marquée de l'appétit. Par contre, aucun accident d'obstruction intestinale et jamais d'hémorragies.

Le toucher vaginal n'est pas facile : le col est petit, conique, le fond utérin impossible à délimiter, mais dans le cul-de-sac gauche et dans le Douglas, on sent à bout de doigt une tuméfaction diffuse, dure, douloureuse et fixe; l'utérus semble également immobilisé. Le toucher rectal est négatif. La femme est maigre, mais encore en bon état général. Le diagnostic d'annexite semble se préciser.

Après sédation des phénomènes inflammatoires, on intervient et l'on trouve le petit bassin bloqué par des adhérences entre l'anse oméga et la vessie ; au-dessous d'elles, on voit le côlon pelvien fusionné avec les organes génitaux ; du côté gauche un volumineux abcès contient un grand verre de pus épais et d'odeur fécaloïde ; la tumeur colique, grosse comme un petit poing, n'est pas perforée, c'est un abcès lymphangitique. Après quatre interventions successives, la malade guérit. Il faut rapprocher de cette observation, celle rapportée par Pozzi et Bender ⁽¹⁾ d'une malade entrée à l'hôpital avec les signes d'une annexite

(1) POZZI et BENDER : *Soc. Anat.*, mai 1910.

droite. Après plusieurs semaines de repos et de traitement médical, on fut amené à abandonner ce diagnostic pour celui de tumeur du cæcum. L'opération montra qu'il s'agissait en réalité d'un cancer de l'angle colique droit, prolabé et adhérent au cæcum et aux annexes droites.

Si ces abcès symptomatiques du cancer du côlon nous intéressent ici comme fauteurs d'un début insolite et d'erreurs de diagnostic, il n'en faut pas moins signaler brièvement leur évolution. Ils peuvent en effet précéder de longue date l'apparition de symptômes explicites de cancer du côlon.

Parfois, l'abcès s'extériorise très tardivement, et c'est pendant cette longue période de suppuration profonde que l'on est amené à discuter les diagnostics les plus divers : infection typhoïde, palustre quand il n'y a pas de signes de localisation ; puis, quand ceux-ci sont apparus, appendicite, cholécystite, phlegmon périnéphrétique, comme dans une observation de Tuffier.

Quand l'abcès est fistulisé, une mort rapide est à craindre, mais ne s'ensuit pas nécessairement : la fistule peut tarir et ne récidiver qu'après plusieurs mois (Tuffier) ou présenter des poussées successives pendant plusieurs années, avant que sa véritable nature ne soit révélée (Morestin, Shoffler). Ces faits s'opposent aux cas où les phénomènes phlegmoneux s'étendent avec une rapidité déconcertante, comme chez le malade de Macquet ¹, dont l'abcès envahit

(1) MACQUET : *Soc. Anat.*, 1846.

en six jours la paroi abdominale antérieure, la fosse iliaque externe et la région fessière.

Instruit par l'expérience, pourrait-on éviter ces erreurs de diagnostie dont nous venons de rapporter une longue série ? Elles ont pour origine l'absence d'oblitération de la lumière intestinale et la conservation d'un bon état général. Quand ces deux signes manquent absolument, l'erreur apparaît comme inévitable. Ainsi dans les observations de Forgeue, de Huguier, de Leibovici, il n'existait ni constipation, ni mélœna, ni amaigrissement que l'on n'ait pu imputer à l'abcès. Par contre, le malade de François-Dainville maigrissait et perdait ses forces trois mois avant ses manifestations appendiculaires. Dans d'autres cas, sous le plastron inflammatoire l'on sent une tumeur profonde et dure : C'est ainsi que Guinard fit un diagnostic exact dans un cas analogue à celui de François-Dainville ⁽¹⁾. En réalité, l'on ne pourrait éviter les erreurs de diagnostic évitables qu'en pensant systématiquement au cancer du côlon quand les divers états que nous venons d'indiquer apparaissent chez un sujet âgé de plus de quarante ans (encore certains malades cités n'avaient-ils pas plus de 32 ans). L'on devra alors rechercher soigneusement dans les antécédents l'amaigrissement, l'asthénie, la constipation et l'anorexie, pratiquer si possible un examen radiologique du côlon et rechercher le sang dans les selles.

Un diagnostic exact reste à cette période d'autant

(1) *Soc. Anat.*, 1904, p. 166.

plus intéressant que l'existence d'un abcès n'empêche pas nécessairement une intervention chirurgicale heureuse, comme dans les cas de Tuffier, de Forgue que nous avons cités et dans ceux que Charrier et Leibovici viennent de rassembler.

III. — AUTRES TABLEAUX CLINIQUES TROMPEURS.

L'anémie, les signes infectieux avec ou sans localisation ne sont pas les seuls tableaux cliniques qui peuvent donner le change au début de l'évolution du cancer colique.

Il est possible que ceux-ci, à leur début, simulent plusieurs affections. Tel est le cas de la malade dont nous rapportons l'observation.

M^{me} Mau... entre le 19 octobre 1925 pour fatigue, dépression générale progressive, avec anorexie et amaigrissement de plusieurs kilos. Elle se plaint de douleurs intercostales qui n'existent que lorsque la malade est dans la position verticale, qui semblent proportionnelles à la fatigue, et plus marquées à gauche près de la colonne. En juin dernier, après un parcours en automobile, elle fut prise le soir de violentes douleurs généralisées à tout l'abdomen, qui persistèrent toute la nuit sans vomissements. On lui aurait trouvé à ce moment un rein mobile.

Examen : Malade au teint pâle, légèrement subictérique; les taches pigmentées sont nombreuses, le foie à une limite supérieure normale, le doigt s'enfonce sous le rebord costal coincé entre lui et une tumeur d'une dou-

zaine de centimètres de haut; elle est dure, élastique, sonore, de forme multiloculaire; elle donne très nettement le contact lombaire; elle est très mobile latéralement, mobile, mais moins de bas en haut, s'arrêtant alors brusquement en semblant buter contre le foie, vers lequel elle se perd en haut, et dans la profondeur, sans qu'il soit possible de trouver un pédicule.

A un examen, il fut possible, en passant sous la tumeur, de saisir entre les deux mains une forme fuyante ressemblant au rein.

Radio : L'insufflation rectale du côlon montre une masse arrondie sous la face inférieure du foie de la grosseur d'une orange, par la palpation et par mouvements de déplacement, elle paraît être antérieure. L'examen n'a décelé aucun trouble du transit.

Tubage duodénal : Pas de bile B après épreuve de Meltzer-Lyon. Protocole opératoire. Professeur Hartmann.

Incision oblique partant de la partie latérale du rebord costal se dirigeant en bas et en dedans. L'abdomen ouvert, on voit une masse cancéreuse occupant l'angle droit du côlon et la moitié supérieure du côlon ascendant, dure sans adhérences en avant, mais fusionnée en arrière avec le duodenum qu'on a les plus grandes peines à séparer. On fait une ablation de l'angle droit, une partie du transverse, du cæco ascendant.

A l'ouverture de la tumeur, la paroi est cartonnée, épaisse; la cavité intestinale est agrandie avec ulcération cancéreuse. Le diamètre inusité du calibre intérieur explique pourquoi il n'y avait pas de troubles du transit.

Examen histologique : Epithélioma cylindrique typique.

En résumé, ce cancer de l'angle droit du côlon a

été pris pour une tumeur rénale à développement lent, sans signes urinaires évoluant depuis trois ans, puis pour une vésicule biliaire, en raison de ce que l'épreuve de Meltzer-Lyon était négative.

Cancer du côlon et signes vésico-rénaux.

Il est des cas où des symptômes rénaux et vésicaux mêmes peuvent apparaître dès le début de l'évolution du cancer colique et égarer le diagnostic.

A ce sujet, Michon ⁽¹⁾ a longuement insisté sur l'utilité de la cystoscopie dans les néoplasmes de l'anse sigmoïde. Ou bien les symptômes intestinaux sont nets, le diagnostic de cancer de l'intestin n'est pas douteux et on veut seulement s'assurer de l'étendue de la propagation urinaire, ou bien, cas beaucoup plus intéressant, il s'agit d'un cancer sigmoïdien latent dont les premiers signes se manifestent du côté de la vessie. On peut en effet voir des malades ayant un néoplasme sigmoïdien reposant sur le dôme vésical, se plaindre de pollakiurie, de gêne de la miction, de douleurs hypogastriques vagues, en un mot, présenter les signes de l'hypertrophie prostatique à la première période et venir consulter pour ces troubles vésicaux. D'autres fois des hématuries auront effrayé pour la première fois le malade.

Dans une observation rapportée par MM. Harvier et Marion, la pyurie avait fait penser à de la pyéloné-

(1) MICHON : *Journal d'Urologie*, 11, 1921. Utilité de la cystoscopie dans certains néoplasmes de l'anse sigmoïde.

phrite. Dans de tels cas la cystoscopie permettra d'en reconnaître les lésions diverses analogues à celles que l'on peut voir dans les propagations des cancers utérins et rectaux.

Si la lésion intestinale est latente, à quels signes peut-on supposer que le côlon pelvien est en cause ?

C'est surtout par la localisation même de l'altération de la paroi vésicale. Elle siège au niveau du dôme vésical ou sur la face postérieure de la vessie, toujours assez près du sommet, et le reste de la vessie est indemne. On pourra apprécier l'étendue de la propagation, on verra si l'extension ne se fait pas en descendant vers la face postérieure.

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme ayant une tumeur sus-pubienne perceptible à la palpation sans symptômes intestinaux bien nets. Une cystoscopie révèle sur la partie latérale gauche du dôme vésical, une plage où la muqueuse est plissée, plus saillante, présentant une série de végétations ayant l'aspect de petits polypes.

A l'intervention, on trouve en haut et à gauche de la vessie une masse dure de la taille d'une petite orange développée aux dépens de l'anse sigmoïde.

Dans l'observation d'Harvier et Marion, on crût tout d'abord à une pyélonéphrite et à des accidents intestinaux d'ordre hépatique, mais la cystoscopie permit à M. Marion d'établir qu'il s'agissait d'un néoplasme intestinal propagé à la vessie. Leur malade se plaignait depuis 18 mois de troubles abdominaux consistant en coliques, selles fréquentes, glaireuses,

purulentes. Puis, le malade est pris d'une fièvre violente à 40°, en même temps qu'apparaît de la pyurie. Après une défervescence de huit jours la température remonte et la pyurie persiste.

Le mois suivant, nouveaux accès fébriles et douleurs de cystite calmées par des lavages de vessie. C'est alors que les hématuries terminales font penser à de la pyélonéphrite, bien que l'exploration ne révèle ni douleur, ni augmentation de volume des reins.

M. Marion pratiqua une cystoscopie, les urines sont très troubles, épaisses. A la partie supérieure de la vessie existe une masse bourgeonnante. Le cathétérisme urétéral recueille des deux côtés des urines limpides.

Le malade, interrogé, dit alors que depuis quelque temps il rend des gaz par l'urètre.

Cette pneumaturie, jointe aux renseignements fournis par la cystoscopie, fit alors poser le diagnostic de tumeur intestinale avec envahissement vésical.

Voilà un bel exemple où les signes urinaires firent le diagnostic de cancer colique.

Dans certains cas ces symptômes urinaires peuvent se manifester par de l'anurie.

De Butler d'Ormond ⁽¹⁾ rapporte l'observation d'un malade de 43 ans chez lequel, en raison de douleurs de la colonne lombaire avec masse dans la fosse iliaque gauche faisant penser à un abcès, on avait porté le diagnostic de Mal de Pott. Peu après débute

(1) DE BUTLER D'ORMOND : Anurie par tumeur du côlon pelvien. *Journal d'Urologie*, 1920.

une crise d'anurie. A ce moment seulement des crises de constipation alternant avec des crises de diarrhée font pratiquer un lavement baryté qui révèle un cancer intestinal. On se rend compte de l'intérêt de cette observation où des signes urinaires précédèrent des manifestations intestinales explicites de néoplasme.

Début par métastases à distance.

Les débuts par métastases à distance sont certes bien connus. Quelques-unes de ces localisations secondaires sont bien classiques et ne surprennent guère l'observateur.

Tel est en particulier le cancer secondaire du foie dont la connaissance fait immédiatement rechercher une localisation digestive, gastrique d'abord, colique ensuite. Dans certains cas cependant, le tableau clinique peut être trompeur. Pallasse et Lesbroc ⁽²⁾ rapportent un fait curieux où un cancer du transverse métastasé au foie a simulé une cirrhose hypertrophique. L'ascite, la circulation collatérale, l'absence de tous signes de localisation colique constituaient évidemment un tableau trompeur.

La métastase aux poumons est moins fréquente et même, lorsqu'en présence d'une pneumopathie chronique, on soupçonne le néoplasme pulmonaire, la recherche d'un cancer digestif primitif est moins naturelle que dans le cas précédent.

Nous rapportons ici l'observation d'une malade

(2) PALLASSE et LESBROC : *Lyon Médical*, 1929.

où un cancer latent du côlon se révéla par une métastase pulmonaire.

M^{me} G..., malade entrée à l'hôpital le 5 août 1921. Au début on croit à un état septicémique mal déterminé, consécutif à une congestion pulmonaire.

La fièvre intermittente présente des oscillations entre 37° et 39°, en même temps que l'amaigrissement progresse notablement.

L'examen radioscopique pratiqué le 19 septembre 1921 révèle de grosses masses hilaires, surtout à droite, irrégulières et floues de contours.

Les sommets sont parfaitement clairs et s'illuminent bien.

La radioscopie du tube digestif révèle que le bismuth pris à 5 heures du matin s'aperçoit dans la partie inférieure de l'abdomen sous la forme d'une masse allongée presque horizontale dans la région iliaque droite. Après ingestion de bismuth, l'estomac présente une biloculation nette.

Du point de vue thoracique, ombre médiane élargie à contours assez flous, en position oblique. Aorte paraissant dilatée surtout dans sa partie moyenne. On perçoit à peine des battements cardiaques.

Le 23 octobre la voix devient bitonale.

L'examen laryngoscopique révèle une paralysie récurrentielle gauche, les lésions sont récentes, la corde est vascularisée et est en position médiane.

Pas de laryngite.

Un second examen laryngoscopique pratiqué le 25 octobre confirme que l'ombre aortique est dilatée et fait percevoir de grosses masses ganglionnaires à droite et à gauche dans l'espace rétro-aortique.

Devant cet ensemble symptomatique on pense à une aortite syphilitique.

Mais le 11 novembre suivant, la malade succombe brusquement à un œdème pulmonaire aigu.

L'autopsie pratiquée devait modifier complètement le diagnostic.

Autopsie de M^{me} G... : Après ablation du plastron sterno-costal, on trouve des poumons de couleur normale, libres dans la cavité pleurale qui contient un peu de liquide séro-fibrineux, qui ne présente pas d'adhérences. Entre les deux poumons, un volumineux ganglion de la grosseur d'un œuf fait saillie dans la loge thymique. En glissant la main vers le médiastin postérieur, on sent de nombreux ganglions très volumineux plus ou moins rapprochés. Ils encerclent le hile des deux poumons.

Tout le bloc viscéral thoracique est intimement fusionné par la masse ganglionnaire.

A la pression des poumons on constate dans leur épaisseur la présence de nodosités à contours nettement délimités, surtout vers la partie moyenne du poumon gauche. On sent une masse énorme qui fait saillie dans la scissure interlobaire. Elle affleure la couche corticale du poumon en ce point. Tous ces noyaux sont durs, résistants.

Examen de l'abdomen : Dans l'hypocondre droit, sur le côlon ascendant, à 15 cms environ du cœcum, on trouve une tumeur formée aux dépens des parois de l'organe. Cette tumeur est grosse comme un gros poing, elle est intimement fusionnée avec la tête du pancréas.

A la coupe, lorsqu'on coupe la tumeur colique, on voit qu'elle est dure, les parois sont nettement épaissies, on arrive à séparer très difficilement cette tumeur de la tête du pancréas. Il semble bien qu'une partie du tissu pancréatique est intéressée par la coupe et reste adhérente à la tumeur colique. Aucun nodule néoplasique dans le foie.

Poumon droit : Noyaux disséminés dans le lobe

moyen, entourés d'une zone de bronchopneumonie qui s'étend jusqu'au sommet. Les ganglions qui entourent le hile ont l'aspect de ganglions néoplasiques.

Poumon gauche : On met aussi en évidence un volumineux noyau néoplasique entouré par une zone de bronchopneumonie.

CANCERS DU COLON

DÉBUTANT PAR DES PHÉNOMÈNES DE DYSPEPSIE

Dans les faits ressortissant aux groupements, le premier signe clinique est la dyspepsie pouvant faire penser pendant longtemps à l'existence d'une dyspepsie grave banale ou même d'un cancer de l'estomac.

Un homme à l'âge moyen de la vie, jusqu'alors très bien portant, sans aucun antécédent gastrique ou intestinal, présente à intervalles assez rapprochés des indigestions qu'il met sur le compte d'un écart de régime. Bientôt les vomissements deviennent quotidiens et rien ne semble les provoquer.

D'autres fois ce sont des troubles gastriques graves, douleurs dans la région épigastrique, ballonnement du ventre, après les repas, des digestions lentes, des régurgitations, des hoquets, de la fétidité de l'haleine.

L'attention est dès lors entièrement tournée vers l'estomac. A la période d'état, très souvent le malade se présente comme s'il avait un cancer du pylore, ou bien au contraire avec tous les symptômes d'une gastropathie que l'on traite médicalement pendant longtemps.

Des douleurs s'installent, prennent des aspects divers : douleurs survenant brusquement péri-ombilicales avec vomissements, et pour peu que le malade soit suspect de syphilis, on porte, comme dans l'observation de Delore et Duclos, le diagnostic de gastrite spécifique, jusqu'à ce que brusquement une crise d'occlusion pousse à l'intervention d'urgence.

D'autres fois, ce sont des douleurs lancinantes survenant trois heures après les repas, douleurs qui sont calmées par un vomissement, et si à la radioscopie on trouve un estomac hypertonique, on pensera comme dans le cas rapporté par Cotte, à une gastropathie nerveuse. On interviendra en vue de pratiquer une énévation gastrique et l'on sera tout surpris de trouver un cancer du transverse.

Ces douleurs gastriques peuvent revêtir le type de crampes, ce sont alors des tiraillements d'estomac, des douleurs vives, des sensations de brûlure que souvent rien ne calme.

D'autres fois, les symptômes de la sténose pylorique sont au complet : vomissements, douleurs, dégoût électif pour certains aliments, amaigrissement et parfois même présence de tumeur épigastrique.

Qu'une radioscopie pratiquée montre un estomac

un peu dilaté, hyperkinétique, et l'on posera fermement le diagnostic de cancer du pylore.

En réalité, quand on lit les observations de cancer du côlon transverse où le diagnostic de cancer pylorique avait été porté, on se rend compte que souvent bien des symptômes, s'ils avaient été mieux observés, auraient peut-être permis la localisation exacte du néoplasme. En effet, on note que les vomissements étaient fécaloïdes, même en dehors de toute obstruction intestinale, que le malade présentait de la stercorémie.

Fréquente a été la confusion d'un cancer du côlon transverse avec un cancer de la grande courbure, tel le cas rapporté par Cain et Chêne ⁽¹⁾ de ce néoplasme du transverse qui, outre des signes uniquement gastriques, donnait une déformation radiologique de la grande courbure; tel ce malade cité par Planes dans sa thèse qui, à la radioscopie, présentait une lacune arrondie de l'antrum prépylorique et chez qui on porta le diagnostic de cancer de la grande courbure.

Planes, de Lyon ⁽²⁾, dans sa thèse, reprend l'étude du cancer du transverse et distingue des cas où le cancer simule une gastropathie fonctionnelle et ceux où il simule une gastropathie organique, le malade dans cette dernière éventualité ayant l'aspect clinique d'un cancéreux gastrique.

Il se demande à quoi sont dus ces symptômes qui

(1) CAIN et CHÈNE : *Gazette Médicale de France*, 15 mars 1930.

(2) PLANES : *Formes gastriques du cancer du côlon transverse. Thèse*, Lyon, 1927-1928.

font incriminer l'estomac. Il élimine les troubles dyspeptiques survenant au cours d'un cancer du côlon transverse confirmé, qui témoignent de l'intoxication de l'organisme par les toxines propres au cancer et aussi par la stercorémie comme l'ont montré Walsam et Cramer.

Pour lui les troubles gastriques ou dyspeptiques, seuls symptômes de début d'un cancer du côlon transverse, sont des troubles réflexes qui représentent une des nombreuses modalités des réactions coliques.

Toutefois, il est à retenir que d'autres causes peuvent intervenir. La tumeur peut, par son propre poids, retentir sur les fonctions gastriques en pesant sur le ligament gastro-colique.

Le Professeur Tixier croit plutôt qu'elles sont dues à une péritonite latente.

Quel que soit le mécanisme que l'on puisse incriminer, il n'en reste pas moins vrai que la littérature médicale fourmille d'observations où des symptômes dyspeptiques ou gastriques masquèrent l'évolution du néoplasme intestinal.

Mathieu ⁽¹⁾ rapporte le cas d'un homme de 66 ans dont la santé générale s'était altérée depuis quelque temps. On avait d'abord pensé à des accidents cérébraux vagues dus peut-être à l'athérome artériel.

Bientôt se précisèrent divers phénomènes susceptibles de faire soupçonner un cancer de l'estomac. On constatait une diminution notable de l'appétit, des digestions longues, difficiles, quelques rares vomisse-

(1) MATHIEU et J.-Ch. ROUX : *Pathologie gastro-intestinale*.

ments. L'analyse du suc gastrique révélait une hypochlorhydrie marquée. Il y avait parfois à jeun une petite quantité de liquide dans l'estomac.

Le malade fut pris brusquement un jour d'une crise d'occlusion intestinale nettement caractérisée. Il fut opéré par Ricard qui trouva un cancer annulaire très limité siégeant au voisinage de l'angle droit du côlon.

Mathieu cite un autre cas où des phénomènes intestinaux s'intriquaient avec des signes gastriques. Il s'agissait d'un homme de 53 ans accusant depuis dix ans des douleurs tardives à caractère ulcéreux. Amélioré par le régime lacté, ce malade ne présenta bientôt plus que de la constipation simple. Alors se produisent des douleurs vives à la région cæcale. L'examen radioscopique montra un arrêt de la drogue opaque vers l'angle hépatique du côlon, là où le chirurgien put réséquer un cancer de l'angle droit. Dans ce cas il est difficile d'attribuer la dyspepsie ancienne à l'existence du néoplasme intestinal. Il est plus vraisemblable que chez cet homme les phénomènes de dyspepsie se sont accentués lorsque le cancer a présenté un certain degré de développement.

Castaigne rapporte l'histoire d'une femme de 40 ans dyspeptique depuis 15 ans. Depuis deux ans ces phénomènes s'étaient accentués et la malade présentait des paroxysmes douloureux violents de la région gastrique survenant deux ou trois heures après le repas. Quelquefois même il y avait des douleurs vives transfixiantes.

La malade fut soumise à l'examen d'une série de spécialistes qui portèrent des diagnostics divers, de troubles nerveux ou de gastrite. On reconnut par la suite un cancer du côlon.

Ces différents symptômes dyspeptiques et gastriques peuvent s'enrichir d'une manifestation rare il est vrai, mais qui témoigne du voisinage de la tumeur maligne et de l'estomac, c'est la fistule gastro-colique.

Le Noir, Savignac, Barreau ⁽¹⁾ ont rapporté, en effet, l'observation d'un malade, porteur d'un cancer du côlon, dont l'histoire tout à fait atypique fut émaillée par l'apparition de vomissements fécaloïdes et purulents, témoins d'une fistule gastro-colique. Pendant de longs mois, la tumeur évolua successivement sous le masque d'une anémie pernicieuse progressive, d'une pyrexie rappelant le paludisme, d'autant plus que le malade était un ancien colonial. On avait incriminé, d'autre part, un néoplasme gastrique : la radioscopie révélant une image lacunaire de la partie supérieure de la grande courbure, quand brusquement, après quelques renvois et régurgitations acides, apparaît un vomissement abondant de pus épais, strié de sang, extrêmement fétide.

Le malade succomba peu après et l'autopsie permit de trouver sur le transverse une masse dure

(1) LE NOIR, SAVIGNAC, BARREAU : Fistule gastro-colique latente par cancer du côlon à forme larvée. *Arch. des Maladies de l'appareil digestif*, février 1924.

arrondie, intimement adhérente à la grande courbure de l'estomac.

L'estomac incisé se montra plein d'un liquide jaunâtre d'odeur cadavérique.

Les cavités gastrique et colique communiquent par une étroite fente ; ce pertuis donne accès dans la cavité néoplasique du transverse.

Nous voyons toute l'importance de la symptomatologie dyspeptique et gastrique dans l'histoire des néoplasmes coliques.

Comme l'a dit Mathieu, « si l'on avait à l'esprit la possibilité de faits de ce genre, on pourrait, la radioscopie aidant, arriver à un diagnostic plus rapide, provoquer une laparotomie exploratrice précoce et avoir ainsi la chance de pratiquer l'extirpation radicale de la tumeur ».

CANCERS DU CÔLON A FORME HÉMORRAGIQUE

Il est classique d'admettre qu'à la période de début, l'entérorragie comme premier symptôme de la tumeur, est une éventualité exceptionnelle. Quénu a écrit, en effet, que l'hémorragie intestinale n'était pas un symptôme de début.

Toutefois la précocité de l'apparition de l'hémorragie dans certains cas peut en faire une véritable variété clinique et Metzquer ⁽¹⁾, dans sa thèse, rap-

(1) METZQUER : Formes hémorragiques du cancer du gros intestin. *Thèse*, Lyon, 1928.

porte 13 cas dans lesquels l'entérorragie avait été le premier symptôme. Dans d'autres cas, c'est l'abondance de l'entérorragie qui, dès le début, mérite de pouvoir individualiser cette forme hémorragique de cancer colique, comme en témoigne cette intéressante observation rapportée par Girault ⁽²⁾ :

Il s'agit d'un malade 37 ans entrant à l'hôpital pour une entérorragie intense. Les selles renferment des caillots et du sang presque pur. Le malade, fait à signaler, n'a jamais eu aucun accident intestinal antérieur. A l'examen, aucun signe fonctionnel à noter. L'examen général est complètement négatif, ainsi que le toucher rectal. Le malade meurt à la suite de nouvelles hémorragies intestinales dont l'origine ne put être cliniquement précisée.

L'autopsie révéla un petit cancer annulaire du côlon iliaque dont le fond ulcéré présentait un aspect hémorragique intense.

(2) GIRAULT : *Thèse*, Paris, 1910.

ETUDE RADIOLOGIQUE

Lorsqu'on suspecte le cancer colique, l'étude radiologique complète s'impose. Souvent, en effet, c'est elle seule qui apporte la clef du diagnostic. L'examen doit être conduit méthodiquement, et il convient de connaître les avantages et les inconvénients des deux modes d'injection du côlon : le repas opaque, le lavement.

Le repas opaque présente pour le diagnostic de cancer colique une série d'inconvénients dus en grande partie au remplissage fatalement incomplet, à la dilution du repas dans l'intestin. Ces deux inconvénients rendent impossible l'interprétation d'une image d'aspect lacunaire : le remplissage incomplet multiplie ces aspects ; la dilution empêche d'apprécier le siège exact de l'obstacle. D'autre part, cette méthode d'exploration ne permet guère d'apprécier les coudures du cadre colique, à de très rares exceptions près.

Quant à la méthode classique des trois repas étagés de Enriquez, elle n'apporte généralement aucun

complément d'information. Comme le repas opaque banal, elle ne permet d'apprécier que l'arrêt permanent, la stase colique. Ce renseignement est malgré tout d'une grande utilité pour préciser le siège exact de l'obstacle en confrontant ses résultats avec ceux du lavement opaque. Il est bien évident qu'en imminence d'occlusion ces deux méthodes seront à repousser en raison des dangers qu'elles comportent.

Le lavement opaque n'est pas toujours possible en cas de diarrhée incoercible. Parfois aussi, en raison de la distension colique qu'il détermine, il peut ne pas être supporté, le malade ressentant des douleurs assez vives pour en faire interrompre la progression. S'il supprime les coudures physiologiques lorsqu'il est sous pression, il peut aussi, s'il est introduit trop brusquement, déterminer des plicatures soudaines du sigmoïde en particulier, cause d'erreur appréciable. Quoi qu'il en soit, poussé avec précaution, il constitue la méthode de choix, donnant habituellement un arrêt précis ou mettant en évidence, dans certains cas heureux, une image lacunaire.

Lorsque la radiologie révèle un obstacle du transit colique il faut d'abord s'assurer si cet obstacle est permanent. Un nouvel examen après l'absorption d'antispasmodiques fait justice de certains spasmes dont la ténacité en impose parfois pour un obstacle organique. La variabilité du siège de l'obstacle à plusieurs examens successifs ne doit pas faire écarter pour cela l'organicité. La précision de ce siège par rapport au cadre colique n'est pas toujours facile, en

effet, en raison de la mobilité de l'organe. La radiographie, la confrontation des résultats fournis par repas et lavement sont souvent nécessaires. Dans certains cas d'invagination même, l'obstacle peut être mobile en raison de la progression du boudin.

Lorsque l'obstacle est reconnu, la radiographie, surtout au sélecteur, peut fournir des renseignements sur sa forme. Irrégulière, lacunaire, son aspect est caractéristique. Nous n'insisterons pas sur les images spéciales aux invaginations dont l'interprétation n'est pas toujours aussi aisée que le disent les traités.

D'autres fois, la radiologie révèle des changements de calibres. Dans ces cas le cliché radiographique est indispensable pour préciser s'il s'agit d'un rétrécissement régulier ou non, axial ou dévié. Ce n'est que rarement que le repas opaque montrera au-dessus une dilatation en amont plus ou moins développée. Le lavement opaque pour l'étude de ces variations de calibre est d'une valeur quasi absolue lorsqu'il n'existe pas de spasme douloureux et que l'adhérence pariétale est bonne. Cet arrêt incomplet est alors d'une interprétation facile au niveau du sigmoïde, du descendant, du transverse. Pour le cæcum toute image floue mérite une attention particulière et les clichés sont ici plus qu'ailleurs indispensables.

Quel qu'en soit le siège et même la longueur, si le défilé est régulier, il ne faut pas écarter définitivement le spasme, un examen supplémentaire est indispensable.

Si le défilé est irrégulier, il faut noter s'il n'existe

pas une douleur, un empatement profond, préciser les caractères de l'image par un cliché.

Mais ces formes sténosantes ne constituent pas à elles seules l'ensemble des cancers coliques. Il existe des variétés intra-cavitaires non sténosantes dont nous avons vu l'intérêt dans les chapitres cliniques. Leur diagnostic radiologique n'est pas toujours facile et nécessite des examens méthodiques souvent même répétés. C'est à ces formes que correspondent les images lacunaires d'une constatation très délicate en raison de la superposition des plans. Elles sont actuellement rarement retrouvées. Les méthodes d'insufflation après lavement opaque (Fischer), les diverses techniques d'imprégnation des plis de la muqueuse colique, si en honneur actuellement en Allemagne (Berg), sont susceptibles d'apporter sur ce point des renseignements plus précis. En France leur emploi ne semble pas être généralisé. P. Carnot et Dioclès apportent quelques constatations intéressantes. Il nous fut donné d'examiner quelques clichés de muqueuse colique venant des laboratoires de Bergmann; leur interprétation nous a paru actuellement du moins très délicate. Quoi qu'il en soit, bien qu'encore, dans le domaine de l'étude expérimentale, ces techniques sont à retenir pour le diagnostic du cancer des côlons.

Certains aspects radiologiques anormaux ont été signalés dans les néoplasmes coliques : tels sont les aspects d'insuffisance de la valvule de Bauhin qui, pour certains, auraient un intérêt dans le diagnostic

du cancer cæcal. Leur fréquence chez nombre de sujets normaux diminue l'intérêt de ces aspects.

Nous ne ferons que signaler le cas si curieux de néoplasme associé à une diverticulite généralisée rapporté par Duval, Roux et Bécélère.

Malgré tout l'intérêt qu'elle comporte, cette exploration radiologique, même bien conduite, peut n'apporter aucun renseignement et les faits semblables à celui que rapporte Ménagé⁽¹⁾ ne sont pas rares, ainsi qu'en témoignent les nombreuses surprises que vient encore actuellement révéler l'autopsie. Ces découvertes fortuites doivent devenir de plus en plus rares lorsqu'une étude clinique minutieuse aura déclanché une exploration radiologique complète et méthodique.

(1) MÉNAGÉ. — *Archives Médico-Chir. de Province*, t. XII; *Journal de Radiologie*, 1922.

CONCLUSIONS

I. — Dans les descriptions classiques de débuts du cancer des côlons, les symptômes prennent surtout de la valeur en raison de leur condition d'apparition.

Les formes cliniques topographiques habituellement décrites constituent des cadres dont la constance n'est pas absolument rigoureuse.

II. — A la lumière de certaines observations, il nous semble possible de rattacher ces débuts insolites à trois ordres de faits :

Une atteinte générale prépondérante.

Des manifestations infectieuses.

Des ensembles symptomatiques trompeurs.

III. — Certaines formes de cancer des côlons, d'une latence digestive absolue, peuvent se manifester uniquement par la cachexie qu'elles déterminent.

D'autres fois, une anémie du type pernicieux révèle seul le néoplasme. Nous n'avons pas trouvé d'éléments permettant d'introduire cette anémie cancéreuse dans le cadre de l'anémie pernicieuse classique.

IV. — Un syndrome infectieux général, septicémique ou pyohémique, peut dans certains cas être l'unique manifestation de début d'un cancer colique.

D'autres fois, c'est une suppuration locale, souvent délicate, à rapporter à la tumeur intestinale causale.

Il ne nous semble pas que ces faits soient l'apanage du cancer du côlon droit, le seul infectant pour les classiques.

V. — Certaines variétés de cancer colique peuvent déterminer par conjonction trompeuse de symptômes les tableaux cliniques les plus variés.

Parfois, se trouve réalisée une dyspepsie d'apparence banale.

D'autres fois, l'attention est attirée vers un autre appareil : urinaire, hépatique, respiratoire, du fait, soit d'une complication révélatrice, soit d'une métastase.

VI. — Ces anomalies de début méritent d'être connues. Si le cancer colique est suspecté, une étude

radiologique méthodique, rationnelle, le mettra en évidence le plus souvent.

La longueur relative de la phase chirurgicale de ces néoplasmes justifie l'intérêt essentiel du diagnostic précoce de ces formes insolites.

Vu : *Le Doyen*,
BALHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
P. TEISSIER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.
